

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Осмотр и беседа с больным с психическими расстройствами.
2. Наиболее часто наблюдаемые у больных в общей медицинской практике психические расстройства (симптомы, синдромы, состояния).
3. Клинические особенности психических расстройств у больных в общей медицинской практике.
4. Терапия больных с психическими расстройствами в общей медицинской практике.
5. Приложение

2**ВВЕДЕНИЕ**

При возникновении у человека заметных психических расстройств, сопровождающихся неправильным поведением, поступками, угрожающими его жизни и безопасности окружающих, медицинскую помощь должен оказывать психиатр в соответствии с положениями Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», принятого Верховным Советом РФ 02.07.1992 г. В этих случаях возможно привлечение бригад специализированной скорой психиатрической помощи (в крупных городах), участковых психиатров, врачей психиатрических стационаров. Однако далеко не во всех регионах имеется разветвлённая сеть специализированных психиатрических учреждений, врачи которой могут в любой момент оказать как консультативную, так и лечебную психиатрическую помощь. Более чем у 80% больных, нуждающихся в помощи психиатра, нет острых проявлений психозов, и их поведение не вызывает особой настороженности. В связи с неспецифическими невротическими расстройствами, вегетативными дисфункциями, психосоматическими нарушениями и другими, так называемыми пограничными психическими расстройствами, они обращаются к врачам разных специальностей и в первую очередь к своему участковому терапевту. При этом больные не всегда предъявляют жалобы на психическое здоровье, хотя у большинства из них выявляются тревожные и депрессивные расстройства, требующие соответствующей диагностической оценки и терапии.

Участковый терапевт должен уметь выявить психические отклонения у больного и организовать лечение либо в специализированном психиатрическом учреждении, либо с участием психиатра в качестве консультанта непосредственно в лечебном учреждении общего профиля. При этом нужно оперативно решить, по крайней мере, три вопроса:

- необходима ли больному скорая или неотложная психиатрическая помощь, направленная в первую очередь на купирование психомоторного возбуждения и предотвращение социально опасных действий;
- есть ли у больного психопатологические синдромы и какова их предварительная дифференциально-диагностическая оценка;
- существует ли прямая или опосредованная взаимосвязь между соматическими и психическими нарушениями.

При решении указанных вопросов у врача появляются обоснованные подходы к диагностике и рациональному лечению каждого конкретного больного.

3**1. ОСМОТР И БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

При общении с больными, предъявляющими те или иные жалобы на расстройства, относимые к числу психических нарушений, перед врачом встает множество вопросов, которые необходимо решать последовательно и целенаправленно. К ним относится определение психического статуса и клинических особенностей психопатологических проявлений; изучение индивидуально-типологических психологических особенностей больного и их динамической связи с психическим статусом; выявление конкретных причин (психогенных, соматогенных, экзогенных, эндогенных) развития болезненного состояния.

В поисках ответа на эти основные вопросы невозможно анализировать только психическое состояние и пользоваться одним психопатологическим методом, хотя он и остается основным. Клинический метод в психиатрии многие неспециалисты понимают как субъективный, описательный, феноменологический, зависящий от позиции врача в понимании психопатологических проявлений и от его видения психических нарушений у больного. Однако компетентность в психопатологической оценке определяется не только «чувствованием» и «видением» (что необходимо в любой творческой деятельности), но и научной доказуемостью суждений, вытекающих из рассмотрения психического и соматического состояния. Установление диагноза требует логического анализа и синтеза всех данных о больном.

Для того чтобы оценить состояние больного и назначить обоснованное лечение, надо подробно ознакомиться со всеми данными, характеризующими его личность. Это положение в принципе справедливо для всех врачебных специальностей, но особенно актуально в психиатрии. Врач должен выяснить поведение больного в различных ситуациях, его отношение к окружающим, к своей профессии, его вкусы, изучить жесты, мимику. Естественно, что ответы на столь важные вопросы можно получить с помощью лишь самого больного и его близких, при условии полного доверия и откровенности.

Беседа, направленная на выяснение характера психических расстройств, — не простой разговор. Это продуманная и целенаправленная система исследования всех сторон психической деятельности. Умение беседовать с пациентом неотделимо от общей культуры, эрудиции, личного обаяния врача. Болезненные ощущения, страхи, желания, действия больного нередко определяют его отношение к врачу, а, следовательно, и к расказу о том, что он переживает. Искусство врача во многом состоит в том,

4

чтобы терпеливо выслушать подчас нелепые и длительные рассуждения и с величайшим тактом коснуться существа переживаний. Во внешнем облике и словах врача должны чувствоваться уверенность и бодрость, забота, готовность помочь, уважение к больному, непредвзятое отношение к нему, искреннее участие. Врач, как и любой другой человек, общающийся с психически больным, обязан быть чрезвычайно осторожным. Необходимо понимать, в каком состоянии находится больной, который может неправильно истолковать каждое сказанное слово, поспешный ответ, необдуманные движения. Врач должен уметь выжидать, улавливать удобный для расспросов момент и, завоевав доверие, строить беседу так, чтобы без назойливости и нажима добиться желаемого результата. Можно долго и доверительно разговаривать с больным, но так и не понять сути имеющихся у него нарушений. Не зная, о чем нужно спрашивать и что выяснять, бессмысленно начинать разговор: свидетельства тех или иных особенностей болезни, так и останутся невыявленными. Врач не просто созерцает, воспринимает, регистрирует имеющиеся у больного тревожные признаки — он познает их. О многих симптомах люди рассказывают на основании самонаблюдений, давая им субъективную оценку. Разумеется, нельзя в этих случаях ждать объяснений нарушений психической деятельности, это основа для поиска объективных проявлений патологии, их взаимосвязи и клинических особенностей.

При осмотре и разговоре с больным необходимо:

- оценить его внешний вид, позу, жесты, выражение лица;
- обратить внимание на наличие или отсутствие психомоторного возбуждения или заторможенности, манерности, гримасничанья, стереотипных движений;
- составить представление об эмоциональном состоянии (тревога, страх, беспокойство, напряженность, угнетенность, восторженность и т.д.), способности концентрировать внимание;
- постараться выявить нарушения восприятия окружающего, бредовые идеи, расстройства долговременной и кратковременной памяти;
- оценить имеющиеся данные о соматическом и неврологическом статусе больного.

Собирая анамнестические сведения, необходимо уделить внимание выявлению психотравмирующей (психогенной, социогенной) ситуации, с которой может быть связано развитие психического расстройства (прежде всего невротического).

Особое внимание следует уделять больным с суицидальными тенденциями. Большинство людей, пытающихся покончить жизнь самоубийством, страдают психическими расстройствами (чаще всего депрессивными нару-

5

шениями). К числу факторов риска суицида относится ощущение безнадежности, идеи самоуничтожения, мучительная бессонница у психически больного. Большое значение имеют социальная неустроенность, одиночество, осознание неизлечимости соматического заболевания и др.

При обнаружении суицидальных тенденций необходимо попытаться найти вместе с больным позитивный выход из сложившейся психотравмирующей ситуации. Для этого следует открыто обсуждать с больным суицидальные планы и идеи, привлекая в случае необходимости его родных и близких. Большинство больных с суицидальными тенденциями нуждаются в лечении в условиях психиатрического стационара.

Оценка психопатологического состояния требует высокодисциплинированного и целенаправленного мышления. Оно основывается на компетентности в области психопатологической оценки. Это позволяет обосновать свои заключения, предвидеть прогноз развития того или иного психопатологического феномена и всего заболевания в целом и рационально строить терапевтический план.

1.1 Использование вспомогательных опросников.

Для выявления наиболее частых причин тревоги и депрессии используется множество шкал.

Одной из наиболее удобных в общемедицинской практике признана Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)¹ (no A.S. Zigmond, R.P. Snaithe, 1983; D.Wade, 1992; И.А. Бевз) разработана как инструмент выявления и оценки тяжести депрессии в общемедицинской практике (у соматических больных) [Zigmond A.S., Snaithe R.P., 1983]. Эта шкала может использоваться как скрининг-тест.

Шкала HADS удобна в применении: бланк шкалы выдается больному для самостоятельного заполнения. Пункты шкалы отобраны из числа жалоб, наиболее характерных при тревоге и депрессии. При этом исключены те симптомы, которые могли бы быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головная боль, головокружение и т.д.). Всего в шкале имеется 14 утверждений, при этом нечетные пункты (1, 3, 5, 7, 9, 11 и 13) составляют субшкалу тревоги, а четные (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) - субшкалу депрессии. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Итоговая сумма баллов подсчитывается отдельно для субшкалы тревоги и для субшкалы депрессии. Выделяют сле-

¹ Полностью текст опросника опубликован в приложении

6

дующие области значений суммарного балла по каждой субшкале: 0-7 баллов — норма; 8-10 баллов — субклинически выраженная тревога /депрессия; 11 и более баллов — клинически выраженная тревога /депрессия.

К основным достоинствам теста относятся простота его применения и обработки получаемых данных. Для достижения валидных результатов важно, чтобы пациент заполнял опросник самостоятельно, без обсуждения вариантов ответа с родственниками и знакомыми; для обеспечения спонтанности ответа желательно установить пациенту четкие временные рамки для заполнения шкалы (не более 20 — 30 минут).

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕМЫЕ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (СИМПТОМЫ, СИНДРОМЫ, СОСТОЯНИЯ)

Психические расстройства, характеризующиеся неспецифическими психопатологическими проявлениями невротического уровня, составляют основную группу нарушений, наблюдаемых у больных в обще-медицинской практике. В их возникновении и декомпенсации основное место занимают как психогенные, так и соматогенные факторы.

Наиболее общие признаки непсихотических (пограничных) психических расстройств:

- преобладание психопатологических проявлений невротического уровня на всем протяжении заболевания;
- взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими заболеваниями;
- ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений;
- органическая недостаточность в ЦНС;
- взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного;
- сохранение больным критического отношения к своему состоянию и основным болезненным проявлениям.

С учетом неспецифичности многих симптомов (астенических, вегетативных дисфункций, диссомнических, депрессивных и др.), определяющих разные формы и варианты пограничных состояний, их внешние («формальные») различия незначительны. Рассматриваемые в отдельности, они не дают оснований для обоснованной дифференциации

7

имеющихся нарушений и их отграничения от реакций здоровых людей, оказавшихся в стрессовых условиях. Диагностической основой в этих случаях может стать динамическая оценка болезненных проявлений, обнаружение причин их возникновения и анализ взаимосвязи с индивидуально-типологическими психологическими особенностями больного и с другими соматическими и психическими расстройствами.

Многообразие этиологических и патогенетических факторов позволяет отнести к пограничным формам психических расстройств:

- невротические реакции;
- реактивные состояния (не психозы);
- невротозы;
- адаптационные реакции;
- патологические развития личности;
- психопатии;
- широкий круг невротоз- и психопатоподобных проявлений при соматических, неврологических и других заболеваниях.

В МКБ-10 указанные расстройства представлены главным образом:

- различными вариантами невротических, связанных со стрессом, и соматоформных нарушений (раздел F4);
- поведенческих синдромов, обусловленных физиологическими нарушениями и физическими факторами (раздел F5);
- расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (раздел F6);
- депрессивными эпизодами (раздел F32) и др.

Для адаптационных реакций характерны астения (неврастения), тревожная напряженность, вегетативные дисфункции, расстройства ночного сна, возникновение и декомпенсация соматических расстройств, снижение порога переносимости различных вредностей. Указанные проявления отличаются парциальностью, не объединяются в синдромы, существует возможность их полной самокоррекции;

Для невротических реакций наиболее типично развитие чувства тревоги и страха, полиморфных невротических расстройств, декомпенсации личностно-типологических особенностей;

Невротическое состояние определяется стабилизированными, клинически оформившимися расстройствами с преобладанием депрессивных (астено-депрессивных), неврастенических, сенестопатически-ипохондрических расстройств и навязчивостей, а также выраженных соматоформных расстройств;

Для патологического развития личности характерна стабилизация и развитие личностных изменений, потеря непосредственной связи невро-

8

тических расстройств с конкретной психогенией, частые декомпенсации невротических (патохарактерологических) нарушений;

Реактивные психозы и аффективно-шоковые реакции протекают с чувством страха, достигающим степени ощущения сиюминутной гибели, дезорганизацией поведения (беспорядочное метание, паническое бегство или оцепенение, ступор), нарушением осознания окружающего, восприятия и осмысления, не критичностью к своему состоянию.

Развитию пограничных состояний могут способствовать следующие факторы:

– При непатологических невротических проявлениях — несоответствие психологической, физической и профессиональной подготовки реальным условиям жизни и деятельности в условиях психогении, отсутствие положительных эмоций и заинтересованности в деятельности, неадекватная организация последней.

– При реактивных психозах и невротических реакциях — интенсивность (значимость для жизни) воздействий, внезапность их развития, недостаточные индивидуально-психологическая подготовленность и предыдущий опыт, отсутствие взаимодействия с окружающими и положительных примеров борьбы с психогенными воздействиями.

– При неврозах — хроническое воздействие значимой психотравмирующей ситуации, невозможность формирования жизненной позиции в продолжающихся психотравмирующих условиях, наличие сопутствующих соматических (физиогенных) вредностей.

– При патологических развитиях личности — наличие соответствующих преморбидных личностно-типологических особенностей (акцентуаций), отсутствие компенсирующих влияний социальной среды, выраженность сопутствующих факторов, вызывающих психоэмоциональное перенапряжение.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ, СИНДРОМОВ, СОСТОЯНИЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ²

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА³

Черты своеобразия в характере человека, которые не выходят за рамки психической нормы, но могут при определенных условиях суще-

² Приводится в алфавитном порядке.

³ Акцентуации характера не относятся к собственно болезненным расстройствам и не выделяются в официальной номенклатуре психических заболеваний

9

ственно затруднять его отношения с окружающими. Акцентуированные личности занимают промежуточное положение между психически здоровыми и больными с психопатическими расстройствами. Разнообразные особенности характера переплетены между собой, но есть ведущие, «преобладающие» черты. Они заостряются, в первую очередь, при неблагоприятных ситуациях.

К числу наиболее часто встречаемых типов акцентуаций относятся:

- истероидный (демонстративный);
- гипертимный;
- сенситивный;
- психастенический;
- шизоидный;
- эпилептоидный;
- эмоционально-лабильный.

АСТЕНИЯ

Повышенная утомляемость, относится к числу наименее специфических психических расстройств. При незначительных явлениях утомление возникает чаще при повышенной нагрузке, обычно во второй половине дня.

В более выраженных случаях, даже при сравнительно несложных видах деятельности, быстро появляются чувство усталости, слабости, объективное ухудшение качества и темпа работы, отдых помогает мало. Среди вегетативных нарушений преобладают повышенная потливость, бледность лица. Астения крайней выраженности сопровождается резкой слабостью, утомляют любая деятельность, передвижение, кратковременная беседа. Отдых не помогает. Астенические расстройства нередко сочетаются с раздражительностью, нетерпеливостью, суетливой деятельностью («усталость, не ищущая покоя»).

АФФЕКТИВНАЯ ЛАБИЛЬНОСТЬ

Повышенная эмоциональная реактивность. При невыраженных расстройствах круг ситуаций и поводов, в связи с которыми возникает аффект или меняется настроение, несколько расширен по сравнению с индивидуальной нормой. Обычно аффект (гнева, отчаяния, обиды) возникает редко и в значительной степени соответствует вызвавшей его ситуации.

При более выраженных аффективных расстройствах настроение часто меняется по незначительным и разнообразным поводам. Интенсивность расстройств не соответствует реальной значимости психогении. Аффекты могут становиться значительными, возникать по совершенно ничтожным

10

поводам или без уловимой внешней причины, несколько раз меняться в течение короткого времени, что крайне затрудняет целенаправленную деятельность.

ДЕПРЕССИЯ

Классическое проявление - так называемая триада - тоскливое, подавленное настроение, моторная и идеаторная (интеллектуальная) заторможенность. При незначительных депрессивных расстройствах у больного иногда появляются печальное выражение лица, грустные интонации в беседе, но мимика довольно разнообразна, речь модулирована. Больного удастся отвлечь, развеселить. Имеются жалобы на «ощущение грусти» или «отсутствие бодрости» и «скуку». Чаще всего больной осознает связь своего состояния с психотравмирующими влияниями.

Пессимистические переживания обычно ограничены конфликтной ситуацией. При некоторой переоценке реальных трудностей больной надеется на благоприятное разрешение ситуации. Критическое отношение к болезни сохранено. При ослаблении психотравмирующих влияний настроение нормализуется.

При утяжелении депрессивной симптоматики мимика становится более однообразной: не только лицо, но и поза выражают уныние (плечи опущены, взгляд направлен в пространство или вниз). Возможны горестные вздохи, слезливость, жалкая, виноватая улыбка. Больной жалуется на подавленное, «упадническое» настроение, вялость, неприятные ощущения в теле. Свое положение считает мрачным, не замечает в нем ничего положительного. Отвлечь и развеселить больного почти не удастся.

При выраженной депрессии на лице больного появляется «маска скорби», лицо вытянувшееся, серовато-цианотичного цвета, губы и язык сухие, взгляд страдающий, выразительный, слез обычно нет, мигание редкое, глаза иногда полузакрыты, углы рта опущены, губы часто сжаты. Речь не модулирована, вплоть до неразборчивого шепота или беззвучных движений губ. Поза сгорбленная, с опущенной головой, сдвинутыми коленями. Возможны также раптоидные состояния: больной стонет, рыдает, мечется, стремится к самоповреждению, ломает руки. Преобладают жалобы на «нестерпимую тоску» или «отчаяние». Свое состояние считает безысходным, безнадежным, беспросветным, существование — невыносимым. Особым видом депрессии является, так называемая, скрытая (маскированная, ларвированная) или соматизированная депрессия. У больных, наблюдаемых преимущественно в общесоматических учреждениях,

11

на фоне незначительного изменения аффекта развиваются разнообразные субдепрессивные расстройства и соматовегетативные (висцеровегетативные) нарушения, имитирующие различные заболевания органов и систем. При этом собственно депрессивные расстройства отходят как бы на второй план, а сами больные в большинстве случаев возражают против оценки их состояния как депрессивного. Наиболее часто в этих случаях отмечаются жалобы на расстройства функций сердечнососудистой системы и органов пищеварения, а также парестезии, мигрирующие или локализованные боли. Многие больные отмечают упадок сил, нарушения сна, вегетативные расстройства. Эти жалобы возникают на фоне неопределенного беспокойства, тревоги, потери уверенности в своих действиях, утрате интереса к любимым занятиям. Соматическое обследование в этих случаях не выявляет значительных расстройств, которые могли бы объяснить иногда стойкие жалобы больного. Путем исключения затянувшегося соматического страдания, учитывая фазность соматовегетативных нарушений (в т.ч. и суточные колебания со значительным ухудшением состояния по утрам), выявляя, с помощью клинических и психодиагностических исследований скрытую, атипичную тревогу и депрессию, а главное, наблюдая терапевтический эффект антидепрессантов, можно сделать окончательное заключение о скрытой депрессии.

ДИСТОНΙΑ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ

Проявляется в полиморфных клинических расстройствах, включающих различные функциональные невротические и неврозоподобные симптомы.

В клинической психиатрии проявления нейроциркуляторной дистонии описывают в рамках преимущественно расстройств пограничного уровня. Как самостоятельная диагностическая категория нейроциркуляторная дистония в МКБ-10 в разделе «Психические расстройства и расстройства поведения» трактуется как соматоформная вегетативная дисфункция сердца и ССС (сердечный невроз, нейроциркулярная астения).

В настоящее время сложились определённые предпочтения в понимании этого клинического феномена. Интернисты в основном считают нейроциркуляторную дистонию нозологически самостоятельной диагностической категорией; в психиатрии и неврологии она оценивается, чаще всего, как синдром.

12

ДИСТИМИЯ (ПО РАНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАВШЕЙСЯ ТЕРМИНОЛОГИИ – ДЕПРЕССИВНЫЙ НЕВРОЗ).

Незначительно выраженная депрессия, развивающаяся, как правило, у людей (чаще у женщин), испытавших длительное стрессовое воздействие или внезапную утрату. Состояние имеет тенденцию к хроническому течению. Наряду с пониженным настроением отмечаются нарушения сна, повышенная утомляемость, снижение способности концентрировать внимание, ложности в общении с окружающими, угрюмое, ворчливо-раздражительное, мрачное настроение. Сопровождается повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, возбудимостью, взрывчатостью.

ДИСФОРΙΑ

Тоскливо-злое, мрачное настроение, с гневной раздражительностью и склонностью к агрессивным поступкам.

НАРУШЕНИЯ СНА

Нарушения сна включают: расстройства засыпания, нарушения глубины и длительности сна, расстройства пробуждения, сонливость в течение дня.

Расстройства засыпания. Сначала изредка, особенно при усталости, засыпание запаздывает не более чем на 1 ч. При этом иногда отмечаются парадоксальная сомнезия (сонливость рассеивается при попытке уснуть), просоночные гиперестезии слуха, обоняния, не вызывающие беспокойства. При трудностях засыпания больной остается в постели, на нарушения обычно не обращает внимания, отмечая их только при специальном расспросе.

При более выраженных нарушениях расстройства засыпания почти постоянные, они беспокоят больного. Засыпание запаздывает на 2 ч, при этом, наряду с парадоксальной сомнезией и дремотными гиперестезиями, могут наблюдаться чувство внутреннего напряжения, беспокойства, различные вегетативные расстройства. Больной при трудностях засыпания иногда встает с постели.

Выраженные нарушения засыпания проявляются мучительной, изматывающей неспособностью уснуть в течение нескольких часов. Иногда дремота полностью отсутствует. Больной лежит в постели с открытыми глазами, в напряжении. Возможны беспокойство, фобии, выраженные вегетативные нарушения, нередко бывают гиперестезии, гипнагогические

13

галлюцинации. Больной встревожен, со страхом ждет ночи, при невозможности уснуть старается изменить суточный ритм сна, активно ищет помощи.

Нарушения глубины и длительности ночного сна. Изредка, чаще при усталости, появляются внезапные ночные пробуждения, после чего быстро вновь наступает сон. В ряде случаев интрасомнические расстройства выражаются в появлении периодов поверхностного сна с обильными и яркими сновидениями. Общая продолжительность ночного сна обычно не изменена. Больной остается в постели, не придавая этим нарушениям серьезного значения. В более выраженных случаях почти постоянно происходят пробуждения. Диссоциированный, раздробленный ночной сон обычно сопровождается сенестопатиями, фобиями, вегетативными нарушениями. Пробуждения мучительны для больного, после них он долго не может вновь уснуть. В ряде случаев интрасомнические расстройства выражаются в поверхностном, наполненном грёзами состоянии полусна, не приносящем по утрам ощущения бодрости и свежести. Общая продолжительность ночного сна, как правило, уменьшается на 2-3 ч (длительность сна составляет 4—5 ч).

Перечисленные расстройства больные переносят тяжело, ищут помощи, стремятся выполнять врачебные рекомендации.

При крайних степенях нарушений сна отмечается мучительная, почти ежедневная бессонница, когда сон не наступает на протяжении всей ночи или короткие периоды поверхностного сна сменяются пробуждениями. Иногда интрасомнические расстройства сопровождаются сновидениями, сомнамбулизмом, выраженными ночными страхами. У больного нередко возникает страх перед бессонницей (агипнофобия), он тревожен, раздражителен, активно ищет врачебной помощи. Продолжительность ночного сна снижается на 4-5 ч (длительность сна иногда лишь 2—3 ч).

Расстройства пробуждения. В лёгких случаях, изредка при усталости, после сомато- и психогении пробуждение затягивается, больной не может обрести чувство бодрости и ясности в течение нескольких мин. В этот период имеется выраженная сонливость. Другой вид нарушения пробуждения — крайне быстрое, внезапное пробуждение по утрам с вегетативными расстройствами. Нарушения пробуждения не вызывают беспокойства больного, о них удается узнать только при специальном расспросе.

При усложнении симптоматики нарушения пробуждения почти постоянны, по утрам отсутствует свойственное отдохнувшему человеку ощущение свежести и бодрости. При трудностях пробуждения наряду с тяжёлой сонливостью иногда отмечается просоночная дезориентировка.

14

Нарушения пробуждения могут выражаться в виде мгновенного пробуждения со значительными вегетативными реакциями (сердцебиение, страх, тремор и др.). Больной обеспокоен нарушениями пробуждения, при замедленном пробуждении в утренние часы обычно вял, сонлив.

Наиболее выраженные расстройства пробуждения сопровождаются мучительными, почти постоянными нарушениями в виде длительной невозможности после сна включиться в активную деятельность, ощущения усталости, полного отсутствия бодрости и свежести. В просоночных состояниях отмечаются иллюзорные и гипносомнические галлюцинаторные расстройства, дезориентировка, дисфагии. В первой половине дня больной ощущает постоянную вялость, сонливость. Наряду с трудностями пробуждения возможно внезапное пробуждение с ощущением отсутствия сна (отрицание бывшего сна). Выраженное ощущение разбитости, вялости, отсутствие бодрости и свежести крайне беспокоят больного.

Повышенная сонливость. Первые проявления повышенной сонливости обнаруживают лишь при расспросах, число часов сна в сутки увеличено незначительно (не более чем на 1 ч). Сонливость легко преодолевается больным и не является для него актуальной. В более выраженных случаях по утрам больной долго спит, просыпается с трудом, жалуется на сонливость в течение дня, которую не может преодолеть. Заметно «сонное» выражение лица (расслабленная мимика, слегка опущенные веки). Кроме ночного сна, больной, как правило, спит или дремлет днем по 3—4 ч.

При наиболее выраженной сонливости больной почти весь день спит или дремлет, активная деятельность крайне затруднительна. При обращении больной с трудом отвечает на простые вопросы. Лицо заспанное, несколько отёчное, веки опущены, мускулатура лица и всего тела расслаблена.

НЕВРАСТЕНИЯ

Характеризуется повышенной возбудимостью и быстрым истощением активной психической деятельности. Дословно этот термин означает «нервную слабость».

- Больной начинает замечать не свойственную ему ранее повышенную утомляемость, затруднения при работе, требующей сосредоточения внимания и усидчивости, утрату спокойствия и внутренней уравновешенности. Появляется повышенная раздражительность.
- Больной может из-за пустяка нагрубить, а потом, успокоившись, сожалеть, что «вышел из себя». У таких больных утрачено соответствие силы раздражителя (незначительная неприятность) и интенсивности реакции

15

и аффекта (выраженная «нервная» вспышка).

- Усталость и одновременное возбуждение лишают человека чёткости и свежести мысли, необходимых для продуктивной и целенаправленной деятельности. Он раним, крайне чувствителен к обидам, не выдерживает сколько-нибудь горячих споров, плохо переносит яркий свет и шум.

- Больные неврастением обычно избегают длительного напряжения. Им свойственны удачное и интенсивное начало работы и быстрое падение её продуктивности.

- На фоне таких проявлений «нервной слабости», особенно при утомлении, возникают вспышки гнева, которые служат самым ярким и наиболее заметным для окружающих выражением неврастения. Аффективные вспышки обычно непродолжительны, но их интенсивность и частота могут постепенно нарастать. Остановить приступ возбуждения очень трудно, но, как правило, он быстро завершается бессилием (и физическим, и психологическим).

- Как и при других неврозах, при неврастении расстраивается сон. Он недостаточно глубокий, больного беспокоят тревожные сновидения, ему не хочется вставать, он вял, плохо себя чувствует, сонливость мешает работать в течение дня. Однако к вечеру состояние выравнивается, появляется даже бодрость, и снова до глубокой ночи человек не может уснуть.

- Почти постоянный спутник неврастения — головная боль. Наряду с этим пациент отмечает неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего в сердце, желудке, кишечнике, печени.

Основная психогенная причина неврастения — переутомление в результате непосильной работы, длительного умственного напряжения, нездоровых, «невыхажанных» отношений. Все это постоянно «давит» на человека и вызывает невротические нарушения.

Установлено, что вынужденная бездеятельность, в частности при экспериментальных и тренировочных занятиях, также вызывает невротические реакции. Это подтверждает мнение о том, что неврастение может вызвать как чересчур сильный раздражитель, так и его отсутствие. Болезнь протекает волнообразно, периодически наступает ремиссия или ухудшение в зависимости от внешних условий или соматических заболеваний.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ

Может встречаться как при неврастении, так и при психастении, но в ряде случаев является самостоятельным симптомокомплексом.

16

Появляются мысли, воспоминания, страх, желания, нелепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут. Поведение человека постепенно меняется.

Наиболее часто встречается навязчивый страх (фобии): больные боятся смерти от какой-либо определённой причины, испытывают страх темноты, закрытых пространств (например, театрального зала, из-за чего не посещают театр), острых предметов (которыми они будто бы могут нанести себе порезы), рукопожатия или прикосновения к дверям (чтобы не заразиться), покраснения лица и др.

Страхи накладывают определённый отпечаток на всё поведение больных. Пациенты совершают действия, защищающие от навязчивостей, — ритуалы. Страх заболеть, например раком, побуждает больных ходить от врача к врачу; такие пациенты не верят, что они здоровы, умоляют сделать им операцию. К особому виду фобий относятся навязчивые опасения, связанные с профессией. Так, например, у актеров иногда развивается страх, что на сцене они забудут текст роли, упадут в оркестровую яму. Попытки преодолеть эти состояния обычно сопровождаются одышкой, потливостью, расширением зрачков, бледностью лица и другими вегетативными расстройствами.

У многих больных навязчивые состояния развиваются на почве реальных, незначительно преувеличенных опасений. Например, после смерти близкого родственника от рака человек начинает выискивать признаки заболевания у себя. Появляется беспокойство по поводу мнимых симптомов тяжёлого заболевания, которое обуславливает формирование сенестопатических и ипохондрических расстройств.

ПРЕДНЕВРОТИЧЕСКИЕ (ДОБОЛЕЗНЕННЫЕ) ПРОЯВЛЕНИЯ⁴

Относятся к клиническому выражению напряжённой функциональной деятельности индивидуального адаптационного барьера. Они отражают субпороговую активность системы механизмов, обеспечивающих психическую адаптацию в пределах функциональной стабильности, и компенсирующее взаимодействие различных биологических и социально-психологических факторов, формирующих психическую адаптацию в стрессовых условиях. Напряжённая деятельность барьера психической адаптации не является патологическим процессом, она протекает в рамках адаптивных механизмов и отражает (является маркером), особенно на первых этапах, воз-

⁴ Предневротические (доболезненные) проявления не относятся к собственно болезненным расстройствам и не выделяются в официальной номенклатуре психических заболеваний

17

никновение реакций физиологического (а не патофизиологического) характера, направленных на сохранение «психического гомеостаза» и на формирование наиболее целесообразных программ поведения и деятельности в осложнённых условиях. Предневротические реакции — не начальные проявления невроза, не мягкие его формы. Они выражают охранительно-приспособительную функцию во время перенапряжения системы психической адаптации. Клиническими проявлениями предневротических реакций являются полиморфные кратковременные нарушения невротического уровня, личностные декомпенсации, вегетативные дисфункции.

ПСИХАСТЕНИЯ

В переводе с греческого означает «душевная слабость». Психастения развивается преимущественно у людей с мыслительным типом психической деятельности и как бы противоположна истерии. Больные жалуются на то, что окружающее воспринимается ими «как во сне», собственные действия, решения, поступки кажутся недостаточно ясными и точными. Отсюда постоянная склонность к сомнениям, нерешительность, неуверенность, тревожно-мнительное настроение, робость, повышенная застенчивость. Раньше психастению называли «помешательством сомнения». Вследствие постоянных сомнений в правильности сделанного человек стремится переделывать только что законченное дело. Все это создает у больного тягостное ощущение собственной неполноценности. Вымышленная неприятность не менее, а может быть, более страшна, чем существующая.

Больные психастенией часто предаются всевозможным отвлечённым размышлениям; в мечтах они способны пережить многое, но от участия в реальной действительности всячески стараются уклониться. Описано так называемое профессиональное безволие (абулия) больных психастенией, проявляющееся, прежде всего на работе, при выполнении непосредственных обязанностей, когда человек с психастеническими расстройствами начинает испытывать сомнения и проявлять нерешительность. При психастении нередко развиваются различные ипохондрические и навязчивые состояния.

Психастенические черты характера, как и многие другие невротические нарушения, могут наблюдаться уже в молодом возрасте. Однако отдельные и неярко выраженные проявления ещё не дают основания считать психастению болезнью. Если они под влиянием психогенно травмирующих обстоятельств нарастают, усложняются, становятся главенствующими в психической деятельности человека, можно говорить не о своеобразии характера, а о болезненном невротическом состоянии, мешающем человеку

18

жить и работать. Психастенические расстройства во время болезни обычно существуют постоянно, но сначала больной справляется с ними сам. Если травмирующие обстоятельства сохраняются и усиливаются, без систематического лечения проявления заболевания могут нарастать.

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ (ОРГАНИЧЕСКИЙ, ЭНЦЕФАЛОПАТИЧЕСКИЙ) СИНДРОМ

Состояние достаточно стабильной психической слабости. В наиболее легкой форме — это повышенная истощаемость, эмоциональная лабильность, неустойчивость внимания и другие проявления астении, а в более тяжелых случаях — психопатоподобные расстройства, снижение памяти, нарастающая психическая беспомощность. Основу патологического процесса при психоорганическом синдроме определяют текущее заболевание головного мозга органической природы (травматическая болезнь, опухоль, воспаление, интоксикационное поражение) или его последствия. Неспецифическая психопатологическая симптоматика нередко сочетается с очаговыми поражениями головного мозга с соответствующими неврологическими и психическими расстройствами. В числе вариантов синдрома выделяют: астенический, с преобладанием физической и психической истощаемости; эксплозивный, определяемый аффективной лабильностью; эйфорический, сопровождающийся повышенным настроением, благодушием, снижением критического отношения к себе, а также аффективными взрывами и приступами гневливости, завершающимися слезливостью и беспомощностью; апатический со снижением интересов, безразличием к окружающему, ослаблением памяти и внимания.

ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (РАССТРОЙСТВА ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПО МКБ-10)

Характеризуются патологическим складом личности, развившемся на основе врожденной или рано приобретенной неполноценности нервной системы и дезадаптирующего средового влияния. Основным клиническим проявлением психопатии бывает дисгармония эмоционально-волевой сферы, обуславливающая декомпенсацию характерологических особенностей в виде патологических реакций и фазовых состояний.

Несмотря на отсутствие общепринятой классификации психопатий, большинство авторов выделяют возбудимые (взрывчатые), гипотимные (конституционально-депрессивные), гипертимные (конституционально-возбудимые), психастенические, эмотивно-лабильные (реактивно-лабиль-

19

ные), истерические, паранойяльные, шизоидные, неустойчивые (безвольные). Клиническая характеристика типов психопатий определяется соответствующим названием ведущим симптомокомплексом, хотя в реальной врачебной практике наблюдается достаточно много смешанных (перекрестных) форм и вариантов психопатий.

Одним из важнейших критериев диагностики психопатий является их динамика. Обычно психопатические особенности отмечаются уже в детстве и без значительных изменений сохраняются в юности и зрелом возрасте. Вне декомпенсации психопатии рассматриваются как аномалии характера и не являются психическими расстройствами в прямом понимании. Психопатические декомпенсации могут быть ситуационно спровоцированными или появляться без видимой причины. Они могут начинаться достаточно остро и продолжаться в виде относительно кратковременных реакций и пролонгированных состояний. Диагностические границы психопатий во многих случаях нечетки, что затрудняет отличие болезненных проявлений от вариантов типологической нормы с акцентуациями характера. Важнейшим критерием в этих случаях служит нарушение адаптации больного, объясняемое стойкими феноменологическими комплексами определенной формы психопатии. Для диагностики психопатии особое значение имеют объективный анамнез и ограничение психопатии от психопатоподобных расстройств, наблюдаемых в структуре других психических, а также соматических заболеваний.

РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОВЫШЕННАЯ

Склонность несоразмерно сильно реагировать на обыденные раздражители, выражая в словах и поступках недовольство и неприязнь к окружающим. На первых этапах различных болезненных состояний возникает редко, обычно в связи с конкретной эмоционально значимой ситуацией. Иногда больной выглядит раздраженным и хмурым, но чаще раздражительность выявляется только при расспросе, фиксация на ней отсутствует, сохраняются критическое отношение и способность к сотрудничеству с окружающими.

Однако постепенно повышенная раздражительность может стать почти постоянной. Она возникает при действии не только эмоционально значимых, но и индифферентных раздражителей (яркий свет, громкий разговор).

Больной выглядит напряженным, с трудом сдерживает гнев, сквозь напряжение могут прорываться угрозы. Внешнюю обстановку оценивает как «возмутительную», его трудно привлечь к сотрудничеству.

Наиболее выраженные формы повышенной раздражительности имеют

20

яркие проявления: отрывочные крики, брань по малейшему поводу. Возможны прямые нападения на объект гнева, причём возбуждение может быть генерализованным, хаотичным. Иногда больной царапает себя или повреждает окружающие предметы, одежду; при крайней выраженности наступает сужение сознания, последовательная самооценка и самоконтроль отсутствуют.

РАССТРОЙСТВА ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ

Неоправданно повышенное внимание к своему здоровью, крайняя озабоченность даже незначительным недомоганием, убеждённость в наличии тяжёлой болезни при отсутствии её объективных признаков. Ипохондрия обычно является составной частью более сложного сенестопатически-ипохондрического, тревожно-ипохондрического и других синдромов, а также сочетается с навязчивостями, депрессией, паранойяльным бредом.

РАССТРОЙСТВА СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИЕ

Появление в различных частях тела неприятных и мучительных ощущений, порой необычных и вычурных. При обследовании больного не выявляют «заболевший» орган или часть тела и не находят объяснения неприятным ощущениям. При стабилизации сенестопатических расстройств они во многом определяют поведение больного, приводят его к бессмысленным обследованиям. Сенестопатические ощущения как психопатологические проявления следует тщательно дифференцировать с начальными симптомами различных соматических и невро-логических заболеваний. Сенестопатии при психических заболеваниях обычно сочетаются с другими психическими нарушениями, свойственными вялотекущей шизофрении, депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза и др. Чаще всего сенестопатии входят в состав более сложного сенестопатически-ипохондрического синдрома.

РАССТРОЙСТВО ПАНИЧЕСКОЕ

Паническое расстройство — психическое расстройство, для которого типичны повторные приступы тревоги с выраженными вегетативными нарушениями.

Учитывая значительный диапазон индивидуальных вариаций, как по частоте приступов, так и по их тяжести, МКБ-10 предлагает

21

выделять две степени расстройства:

- умеренное (по меньшей мере, 4 панических атаки в 4-недельный период);
- тяжёлое (по меньшей мере, 4 панических атаки в неделю за 4 нед. наблюдения).

Диагноз ставят на основании повторяющихся приступов паники с вегетативными дисфункциями. В анамнезе больных отмечают рекуррентные панические атаки, случающиеся спонтанно и не связанные со специфическими ситуациями.

Паническая атака характеризуется следующими основными признаками (в соответствии с критериями МКБ-10).

- Дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта.
- Внезапное начало.
- Быстрое достижение максимально выраженных проявлений, которые продолжаются в течение нескольких мин.
- Наличие как минимум 4 симптомов из числа нижеперечисленных, причём один из них должен быть из перечня 1—4.
 1. Усиленное или учащённое сердцебиение.
 2. Потливость.
 3. Дрожание или тремор.
 4. Сухость во рту (не обусловленная приёмом препаратов или дегидратацией).
 5. Затруднение дыхания.
 6. Чувство удушья.
 7. Боли или дискомфорт в груди.
 8. Тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).
 9. Чувство головокружения, неустойчивости, обморочности.
 10. Ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «я» отделилось или находится «не здесь» (деперсонализация).
 11. Страх потери контроля над собой, сумасшествия.
 12. Страх умереть.
 13. Приливы или чувство озноба.
 14. Онемение или ощущение покалывания.

Панические атаки часто приводят к постоянному страху возникновения следующей атаки.

Каких-либо специальных лабораторных или инструментальных признаков панического расстройства не существует.

Соответствующие исследования могут проводиться с дифференциально-диагностической целью для исключения других причин тревоги (эндокрин-

ные заболевания, органические заболевания мозга, пролапс митрального клапана и т.д.).

Паническое расстройство необходимо отличать от панических эпизодов в структуре другой патологии:

- психической: другие тревожно-фобические расстройства, депрессивные состояния;
- соматической и неврологической: гипер- и гипотиреоз, гиперпаратиреоз, ИБС, феохромоцитома, патология вестибулярного нерва.

РАССТРОЙСТВО ТРЕВОЖНОЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ (ГТР)

Тревога — ощущение неопределённой опасности, надвигающейся катастрофы, имеющее направленность в будущее и содержащее в себе мобилирующий компонент.

В отличие от тревоги, страх — переживание непосредственной конкретной угрозы.

Генерализованное тревожное расстройство — психическое заболевание, основными проявлениями которого являются первичная стойкая, не ограниченная какой-либо ситуацией тревога и связанные с ней соматовегетативные нарушения. **МКБ-10 ● F41.1.**

Диагноз ставят на основании длительного и стойкого (на протяжении большинства дней в течение длительного времени — недели и месяцы) присутствия тревоги и связанных с ней симптомов. При этом наряду с тревогой и постоянным беспокойством учитывают следующее:

- Тревога постоянна; не ограничивается, не вызывается и даже не возникает с явной предпочтительностью в связи с какими-либо определёнными жизненными обстоятельствами.
- Имеется постоянная напряженность, неспособность к релаксации, затруднения при засыпании из-за беспокойства.
- Отмечаются затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства.
- Выявляются вегетативные симптомы:
- усиленное или учащённое сердцебиение;
- потливость, сухость во рту (но не от ЛС или дегидратации);
- тремор или дрожь;
- затруднения в дыхании, чувство удушья;
- боль или дискомфорт и груди;
- тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке);
- приливы или ознобы;
- онемение или ощущение покалывания в различных группах мышц; мышечное напряжение или боли.

Проявления тревоги присутствуют на протяжении большинства дней в течение длительного времени (недели и месяцы). Дифференциальная диагностика ГТР проводится с тревожными состояниями другой природы.

Эндокринные нарушения (такие, как гипертиреоз).

Тревога в рамках аффективных и галлюцинаторно-бредовых психозов. Другие тревожные расстройства (органическое тревожное расстройство, паническое расстройство, фобии и т.д.).

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (употребление амфетаминоподобных веществ или отменой бензодиазепинов).

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

Группа преимущественно психотических неспецифических расстройств, наблюдаемых при различных соматических, инфекционных и других заболеваниях.

В патогенезе симптоматических психозов главную роль играют интоксикация, связанная с основным заболеванием, психогенная реакция больного на свое болезненное состояние, а также перенесенные ранее поражения мозга (травмы, интоксикации). Различают острые симптоматические психозы, протекающие обычно с нарушениями сознания, и органический психосиндром, развивающийся вследствие длительного воздействия на мозг какого-либо вредного фактора.

Клиническая картина симптоматических психозов полиморфна и может определяться разными психопатологическими проявлениями. Остро развивающиеся соматические заболевания (инфаркт миокарда, сосудистые заболевания головного мозга, прободение язвы) могут сопровождаться явлениями оглушения, аменции, делириозными расстройствами. Хронические заболевания сопровождаются астенией, апатией, сочетающихся в ряде случаев с тревожным напряжением и депрессией. У многих больных при соматических заболеваниях наряду с относительными кратковременными психотическими расстройствами происходит заострение преморбидных черт характера и наблюдается формирование ипохондрических расстройств со стойкой фиксацией на болезненных ощущениях. Особое место занимает послеродовой психоз, возникающий на второй-третий день после родов и включающий в себя, главным образом, депрессивные и бредовые расстройства.

24

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ХРОНИЧЕСКИЙ

Соматогенные боли часто сопровождаются развитием пограничных психических расстройств, в первую очередь депрессии, астении, ипохондрии. В таких случаях боль обычно рассматривают как причинный фактор, по отношению к которому психические нарушения становятся вторичными. Однако ряд болевых расстройств имеет преимущественно психопатологическое происхождение. При алгиях источник боли может полностью отсутствовать или играть роль только пускового фактора. Клиническая оценка хронической боли часто зависит от взглядов на сам феномен «психопатологической боли». В настоящее время наиболее распространена многофакторная модель боли, учитывающая личностный и эмоциональный компоненты болевого переживания, а также коморбидную симптоматику. Выделяют два аспекта в понимании болевого синдрома:

- непосредственное повреждение тканей и связанные с этим ощущения;
- эмоциональное состояние, обусловленное разными причинами.

В отличие от острой боли, при которой первостепенное значение имеет повреждение тканей, эмоциональный компонент тесно связан с ноцицептивной реакцией, а личностные факторы практически не участвуют, хроническая или патологическая боль выделяется как самостоятельное заболевание с первичным процессом в соматической сфере и вторичной дисфункцией периферической нервной системы и ЦНС при участии личностно-психологических механизмов.

СИНДРОМ ПОСТЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ

Остаточные явления после перенесённого энцефалита, выражающиеся в церебральных расстройствах, сочетающихся с различными резидуально-органическими и неврозоподобными нарушениями. На фоне постэнцефалических расстройств заостряются личностные акцентуации, и может формироваться патохарактерологическое развитие.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Сочетание неспецифических полиморфных астенических, субдепрессивных, неврастенических, нейроциркуляторных расстройств. В качестве отдельного психического расстройства большинством исследователей не выделяется. Часто возникает после перенесённой инфекции (некоторые исследователи придают значение в развитии синдрома хронической усталости лимфотропным герпес-вирусам, ретровирусам, энтеровирусам),

25

сопровождается незначительно выраженными изменениями иммунитета (умеренное неспецифическое повышение титра антинуклеарных АТ, снижение содержания иммуноглобулинов и активности НК-лимфоцитов, увеличение доли Т-лимфоцитов и др.). Расстройства возникают после гриппоподобного состояния и склонны затягиваться. Соматической или психогенной основы предъявляемых жалоб не обнаруживается. Лечение общеукрепляющими средствами, психотерапия, антидепрессанты с активирующим компонентом дают достаточно выраженный эффект.

Выделение синдрома хронической усталости свидетельствует о поиске соматической («биологической») основы многих неспецифических непсихических (невротических, пограничных) расстройств. На этом пути возможно появление патогенетически обоснованных методов терапии, прежде всего, использования иммуностропных средств совместно с антидепрессантами и другими психотропными препаратами.

Относительно новое обозначение выраженной деформации эмоциональных переживаний в профессиональной деятельности, связанной с постоянным нахождением в привычных условиях эмоционального напряжения (например, работа врача-реаниматолога, хирурга, психиатра, деятельность спасателей, военнослужащих и т.д.).

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Следствие сосудистых заболеваний и других расстройств мозгового кровообращения (субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия, генерализованный церебральный артериосклероз, мозговой инсульт). Клиническая картина многообразна, проявляется в астенических и аффективных расстройствах, цефалгиях, эмоциональной напряженности. На этом фоне постепенно снижается критика к своему состоянию, ослабевают внимание и память, наблюдаются дезориентировка, моторное беспокойство, теряются индивидуальные особенности.

СТРАХ (НАВЯЗЧИВЫЕ СТРАХИ, ФОБИИ)

Отрицательная эмоция с ожиданием устрашающих событий, чувством внутренней напряженности, ощущением надвигающегося несчастья, опасности для жизни. К вариантам страха относятся:

- агорафобия — боязнь открытых пространств (улиц, площадей, водохранилищ и др.),
- акрофобия (гипсофобия) — боязнь высоты,
- акустикобфия — боязнь шума,

26

- алгофобия — боязнь боли,
- аэрофобия — страх перед полетами,
- гидрофобия — боязнь воды,
- дисморфобия — страх мнимого физического уродства,
- иатрофобия — боязнь докторов,
- канцерофобия — страх заболевания злокачественным новообразованием,
- клаустрофобия — боязнь замкнутых пространств,
- эритрофобия — страх покраснения в присутствии посторонних лиц,
- танатофобия — страх смерти, и др.

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Характеризуются комплексом неврологических и психических нарушений, обусловленных черепно-мозговыми травмами. Они наблюдаются как непосредственно после травмы (антеградная и ретроградная амнезия, астения, апатия, головная боль, повышенная раздражительность, вегетативные расстройства и др.), так и на отдаленных этапах травматической болезни (энцефалопатия, травматические психозы, судорожный синдром, аффективные расстройства, деменция и др.).

Синдромы психотического уровня определяются грубыми нарушениями психической деятельности, непосредственно связанными с черепно-мозговой травмой, при которых пострадавшие не способны к правильному восприятию и осмыслению ситуации, к сознательным действиям и поступкам. Психозы возможны во всех периодах черепно-мозговой травмы. В начальном и остром периодах наиболее часто наблюдаются оглушение (глубокое и умеренное), спутанность и сумеречное состояние сознания, транзиторная глобальная амнезия, корсаковский синдром. Эти расстройства могут продолжаться и в период ближайших последствий черепно-мозговой травмы. Отдаленные последствия включают в себя т.н. периодические психозы со сменой депрессивного и маниакального состояний, бредовой и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

Субпсихотические состояния (гипоманиакальный синдром, эйфория с расторможенностью, гневливая мания, депрессия, грубые эмоционально-личностные изменения) возможны во все периоды течения травматической болезни, но наиболее часто наблюдаются в остром и подостром периодах как и выраженные психотические расстройства.

Синдромы невротического уровня определяются разнообразными расстройствами (преимущественно невротоподобными), развившимися в связи с черепно-мозговой травмой. Пострадавшие способны к правильному вос-

27

приятию и оценке ситуации, их действия и поступки адекватны, целесообразны и полезны для них самих и для окружающих людей. Однако трудоспособность ограничена из-за физической и психической истощаемости, слабости внимания и памяти, эмоциональной неустойчивости, а также головной боли, головокружения и т.п. Ведущим становится астенический синдром, наблюдавшийся в разных вариантах во всех периодах травматического повреждения мозга. В периодах ближайших и отдаленных последствий наряду с астенией возможны ипохондрические, обсессивно-фобические, психопатоподобные расстройства.

Синдромы выпадения (транзиторные и исходные). Общим для них является грубое снижение или невосстановление (после выхода из комы, сопора) интеллекта, памяти, внимания, адекватного эмоционального реагирования. Эти нарушения могут быть преходящими или достаточно устойчивыми.

Пароксизмальные расстройства — судорожные и бессудорожные припадки. Они могут возникать как в начальном периоде черепно-мозговой травмы, так и гораздо чаще в течение первого года после травмы. Состояние и трудоспособность больных определяются частотой эпилептических припадков.

Спектр психопатологических синдромов, которые обнаруживаются у одного и того же больного в разных периодах черепно-мозговой травмы, определяется прежде всего тяжестью, характером и локализацией очага повреждения мозга. Так, после тяжелой травмы по выходе из коматозного состояния у больного могут наблюдаться апаллический синдром, акинетический мутизм, после восстановления понимания обращенной к нему речи и собственной речевой активности — спутанность сознания, структура которого различна при преимущественном поражении правого или левого полушария мозга. Состояние спутанности трансформируется в относительно ясное сознание через корсаковский (при правополушарном поражении) или дисмнестический (при левополушарном поражении) синдром. При ясном сознании преобладают астенические явления. На динамику психопатологической симптоматики, смену синдромов могут существенно влиять не только глубина и длительность перенесенного в начале коматозного состояния, но и пол, возраст, преморбидные особенности, соматическое и психическое состояние в момент травмы. От этого зависят индивидуальные предпосылки, как развития травматической болезни головного мозга, так и реализации компенсаторных механизмов.

ТРЕВОГА (ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ) И СТРАХ

Наиболее часто встречающиеся в медицинской практике психопатологические феномены, сопровождаемые беспокойством, опасениями неприятностей, предчувствием угрозы. Развиваются в ситуации дефицита информации и непрогнозируемости ее исхода. При развитии тревоги повышается «поисковая активность», сопровождаемая активацией вегетативной нервной системы. Проявления тревоги включают в себя расстройства от легких невротических нарушений (пограничный уровень расстройств) до выраженных психотических состояний. Если обнаруживается предмет тревоги, то возникает страх, который, в отличие от тревоги, появляется в ответ на конкретную причину. Страх следует квалифицировать как патологическое состояние только тогда, когда он переживается в связи с объектами и ситуациями, обычно не вызывающими страха. Сначала чувство смутного беспокойства («предчувствия») возникает лишь временами, чаще в конкретных субъективно значимых ситуациях. Движения и поза больного спокойны, но временами изменяется мимика, появляется подвижный беспокойный взгляд, речь становится несколько сбивчивой, с обмолвками, запинками или излишней детализацией. Критическое отношение к тревожному настроению сохраняется, оно оценивается как «внутренний дискомфорт, небольшое волнение» и часто успешно подавляется. Целесообразная деятельность чаще не нарушается, возможно, даже повышение работоспособности.

Указанные нарушения могут становиться постоянными. У больного можно заметить мелкие лишние движения; при страхе, связанном с внешней обстановкой, больной напряжен, насторожен, недоверчив, вздрагивает, оглядывается. Состояние оценивается как «внутреннее беспокойство» или «напряжение», «стеснение». Почти постоянны мысли об опасности, угрожающей обстановке, тревожных событиях, ожидающихся в недалеком будущем. Целесообразная деятельность нарушается, появляются тремор, гипергидроз, учащенный пульс.

При выраженном тревожном состоянии и паническом страхе отмечаются резкое двигательное возбуждение, чаще всего беспорядочные метания, паническое бегство, попытки спрятаться. Иногда, наоборот, возникает общая скованность. Зрачки и глазные щели расширены, появляются бледность, холодный пот, прерывистое дыхание, иногда непроизвольное мочеиспускание. Последовательный отчет о состоянии получить невозможно, речь состоит из нечленораздельных обрывочных выкриков: «Спасите!.. Что делать?..» Больной стонет, временами умоляет его спрятать, защитить, испытывает ужас.

В МКБ-10 в числе тревожных расстройств выделяют паническое расстройство и агорафобию, проявляющиеся в виде спонтанных приступов паники с боязнью оказаться в открытом пространстве, в одиночестве вне дома и т.д. В этих случаях значительное место занимает тревожное ожидание панического приступа, которое может менять весь стереотип жизни. Особое место занимают генерализованное тревожное расстройство (хроническая тревога), социальная фобия (страх ситуаций, связанных с общением), обсессивно-компульсивное расстройство и др. (См. соответствующие описания состояний) Для клинической практики наибольшее значение имеют тревожно-депрессивные расстройства. Тревога предопределяет и облегчает развитие других эмоциональных нарушений и прежде всего депрессивных расстройств. С учетом неспецифичности клинических проявлений тревожные нарушения могут входить в структуру различных заболеваний.

ФОБИЯ СОЦИАЛЬНАЯ

Иррациональная боязнь ситуаций, связанных с общением, например, страх публичного выступления. Трудности, которые испытывают лица, страдающие социальной фобией в адаптации к различным ситуациям, оказывают сильнейшее влияние на их личную и профессиональную жизнь. Социальная фобия ограничивает возможность трудоустройства большого числа людей, приводит к ряду вторичных коморбидных состояний, самыми серьезными из которых являются алкоголизм и злоупотребление медикаментами. Многие больные социальной фобией обращаются к алкоголю и наркотикам вначале в попытке справиться с соответствующими социальными ситуациями, а затем, через несколько лет, становятся хроническими алкоголиками.

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В силу неспецифичности психопатологические проявления невротического уровня могут обуславливаться различными, в том числе и соматическими расстройствами. В этих случаях обычно преобладают астенические (неврастенические) нарушения, вегетативные дисфункции и расстройства ночного сна. Они могут превалировать на начальных этапах соматического заболевания, наблюдаться в периоде наибольшего развития болезненного процесса и длительное время определять состояние после редукции основных расстройств. Тесно сливаясь с симптоматикой

30

соматической болезни, невротические проявления зачастую играют неравнозначную роль на этапах ее течения. Зачастую их невозможно вычлнить из общей картины заболевания.

Для дифференциально-диагностического понимания психических расстройств в этих случаях необходимо проведение исследования больного, результаты которого позволили бы ответить на три следующих основных вопроса:

- 1) какова роль соматогении в развитии и стабилизации имеющегося у больного невротического симптомокомплекса (имеется ли прямая или опосредованная причинно-значимая взаимосвязь);
- 2) имеется или отсутствует индивидуально значимая для больного психогения, возникла ли она вследствие соматического заболевания или лишь обострилась на фоне соматогении;
- 3) какова личностная реакция больного на свое соматическое заболевание.

Отвечая на эти вопросы, всякий раз можно убедиться в справедливости единства биологических и социально-психологических механизмов сомы и психики в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. Это объясняет необходимость комплексного подхода к построению индивидуального терапевтического плана при том или ином заболевании у каждого конкретного больного. Наряду с этим интегрирование заболевшим человеком биологического и социально-психологического свидетельствует об условности терминологических различий понятий «соматопсихическое» и «психосоматическое». С практической точки зрения в первом случае понимаются психические расстройства (преимущественно невротической структуры), сформировавшиеся на базе (иногда вследствие) соматогении, во втором — преимущественно соматические нарушения, возникшие как бы вторично, вслед за психическими (главным образом психогенными) расстройствами. Разница в понимании психосоматических соматопсихических расстройств определяется скорее стремлением к выделению акцентов в оценке состояния и исследовательским «вкусом», а не принципиальным разделением двух групп болезненных состояний.

К числу факторов, влияющих на осознание болезни и формирование больным внутренней картины болезни, могут быть отнесены:

- информация о симптомах болезни;
- индивидуально-типологические особенности;
- социокультурные и микросоциальные взаимоотношения;
- особенности психогенного реагирования на основную психотравму.

Среди пациентов *терапевтических отделений* многопрофильных соматических стационаров психогенные (невротические) реакции

31

наблюдаются в 12,6% случаев, неврозы и невротические развития личности — в 7,8%, неврозоподобные расстройства при соматических заболеваниях — в 10,1%. Среди пациентов неврологических отделений многопрофильных больниц неврозоподобные расстройства (при сосудистых, инфекционных, травматических поражениях головного мозга) отмечены в 7,3% случаев⁵.

В территориальных поликлиниках частота пограничных психических расстройств оказывается еще большей. При сплошном обследовании больных терапевтического участка одной из территориальных поликлиник Москвы, пограничные психические расстройства обнаружены у 51,6% больных. При оценке нозологической принадлежности изученных расстройств невротические реакции выявлены у 9,3% обследованных, неврозы — у 5,6%, психопатии и акцентуации характера — у 13,6%, неврозоподобные расстройства при соматических и неврологических заболеваниях — у 23,1% больных.

Среди клинических вариантов психических расстройств при соматических заболеваниях отмечаются психогенные (невротические) *реакции* на сам факт соматического страдания с преимущественно неврастенической, истерической или обсессивно-фобической симптоматикой. При длительном, хроническом течении соматических расстройств у больных наблюдается стабилизация невротической симптоматики, формирование *неврозов* (состояний), а затем и *невротического развития личности*. При этом, как правило, сохраняется и развивается (усложняется) структура психопатологического синдрома, который был лишь намечен в первый период возникновения невротической реакции.

Эта динамика определяется, с одной стороны, психотравмирующими факторами и личностными особенностями больного, с другой — закономерностями течения основного болезненного процесса, в той или иной степени изменяющего психическую деятельность. Необходимость пребывания в стационаре, соблюдения постельного режима, изменение в связи с болезнью привычного образа жизни, по сути, играют роль психогенных (зачастую хронических) воздействий, в значительной мере обуславливающих развитие психопатологических расстройств. Однако в большинстве случаев здесь четко выделяется также недостаточность (органическая или функциональная) различных органов и систем, что независимо от психогенных переживаний больного ведет к определенной перестройке организма. Общим в клинической картине у всех подобных больных является наличие психической астенизации. Картина имеющихся соматических проявлений

⁵ Приведены данные специальных исследований, проведенных в отделе пограничной психиатрии ГНЦ СиС психиатрии им. В.П. Сербского. Они практически не отличаются от результатов других клинико-эпидемиологических исследований.

как бы окрашивается астенической симптоматикой, являющейся неотъемлемой частью основного болезненного процесса и выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, адинамии, аффективной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, гиперстезии, ослаблении внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления, вегетососудистые пароксизмы). Среди более специфических собственно психических нарушениях наиболее часто при соматических заболеваниях отмечаются аффективные (депрессивные) и тревожные расстройства.

Для больных, находящихся в терапевтическом и кардиологическом отделениях, характерна кардиофобия. Незначительные изменения со стороны сердечной деятельности, возникающие после волнения, умственной или физической перегрузки, приведшей к состоянию длительной астенизации, вызывают стойкую уверенность в наличии сердечного заболевания и обусловленный этим страх смерти. Таким больным свойственно сверхценное отношение к вопросам своего здоровья вообще, и к функциям сердца в частности. Они регистрируют малейшие нарушения его деятельности, часто измеряют пульс и артериальное давление, фиксируются на неприятных ощущениях в области сердца. Чаще всего это бывает ощущение боли, причем иррадиирующей именно в левую руку и лопатку, что, как известно, типично для ишемической болезни и инфаркта миокарда. От истинных кардиалгий эти боли отличаются неопределенностью (они описываются больными как «сдавливающие», «распирающие», «холодящие», «жгущие») и появлением после воздействия какого-нибудь психотравмирующего фактора. При этом болевые ощущения сопровождаются тревогой, напряжением, беспокойством.

Нарушения, связанные с сердечной деятельностью, в ряде случаев сочетаются с жалобами на затруднение дыхания. Последние чаще всего ограничиваются чувством нехватки воздуха, спазмами в горле, иногда возникают тяжелые приступы, выражающиеся в ощущении остановки дыхания и приближения смерти. Речь идет о гиперкапнии, возникающей вторично как результат переживаемого больным навязчивого страха удушья и развития вследствие этого форсированного дыхания.

Другой разновидностью невротоподобных расстройств, относящихся к дыхательной сфере, является *синдром нарушенного ритма дыхания*. Больные утрачивают ощущение полноценности вдоха, для преодоления чего они глубоко дышат, предпринимают попытки интенсифицировать дыхательные движения, вызывая искусственную гипервентиляцию. При этом возникает комплекс сопутствующих ощущений в виде легкого головокружения, тошноты и, что наиболее характерно для этих больных, отсутствия потребности

во вдохе, являющегося следствием избыточного насыщения крови кислородом и снижения возбудимости дыхательного центра. В связи с утратой произвольности дыхания больные начинают постоянно контролировать его, отмечать малейшие сбои в дыхательных движениях, их ритмичность, не могут отвлекаться от неприятных впечатлений, сопровождающих акт дыхания. Они глубоко заглатывают воздух, стараясь «исправить» нарушенный ритм дыхания, с этой же целью производят дополнительные движения головой, шеей, руками. Обычно отмечаются сочетание описанных расстройств с другой невротоподобной симптоматикой, убежденность в серьезности заболевания, навязчивые мысли о неполноценности дыхания, о нарастающем кислородном голодании, чувство тревоги и страха смерти от удушья, подавленное настроение. Все это сопровождается выраженными вегетативными дисфункциями.

Особого внимания заслуживают невротоподобные расстройства у больных с *патологией желудочно-кишечного тракта*. При заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3% больных, у 22,1% отмечаются отдельные астенические нарушения, у 67,6% — более сложные невротоподобные нарушения. Клиническая картина определяется особенностями гастроэнтерологической симптоматики, склонной к многолетнему, торпидному течению с тенденцией к вовлечению в патологический процесс всей пищеварительной системы. В соответствии с этим невротоподобные расстройства у таких больных характеризуются малой динамичностью, склонностью к полиморфизму, «срастанию» с личностью. Однородная клиническая картина наблюдается лишь у больных с соматогенной астенией, выраженность которой, как правило, коррелирует со степенью тяжести и давностью основного заболевания.

Значительно чаще отмечается сложная, полиморфная картина невротоподобного состояния. Постоянным стержнем клинической картины при этом обычно являются астенические и ипохондрические расстройства, которые сочетаются с депрессивными, обсессивно-фобическими или истерическими компонентами. Перечисленные психопатологические проявления в большинстве наблюдений характеризуются нерезкой выраженностью, стертой клинической картины. Ипохондрические расстройства обычно представлены в виде сенестоипохондрии, тревожно-ипохондрических опасений, реже встречается сверхценная ипохондрия. Депрессия в структуре невротоподобного состояния не имеет меланхолического аффекта, тревога также характеризуется стертыми проявлениями. Фобические расстройства (канцерофобия, страх перед кишечными кризами и др.) носят, как правило, незавершенный характер, некоторые психопатологические признаки навязчивого страха представлены рудиментарно (такие, как стремление лично-

34

сти к сопротивлению патологическому страху, отношение к страху как к чуждому, принудительно возникающему).

Моделью функциональных нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта, имеющих несомненную этиопатогенетическую связь с психогенными факторами, может служить синдром раздраженного толстого кишечника. При этом речь идет о функциональной патологии толстой кишки в виде расстройств ее двигательной, тонической и секреторной функций, которые проявляются в диспепсических явлениях, болях, вздутии, урчании, дискомфорте в животе. Клиническое исследование больных с функциональными нарушениями толстой кишки, показало, что соматические симптомы сочетаются у этих больных с разнообразными расстройствами невротического круга в виде астенического симптомокомплекса, тревожных ипохондрических проявлений, в ряде случаев с истероидными или фобическими включениями. Начальные проявления болезни возникают в тесной связи с протрагированными или повторными психотравмирующими обстоятельствами и выражаются в эмоциональной лабильности, гиперстезии, повышенной реактивности, вегетативных расстройствах, а также в переходящих болях в животе и расстройствах стула. В дальнейшем круг факторов, провоцирующих усиление соматических жалоб, неуклонно расширяется и включает как психотравмирующие, так и специфические травмирующие вредности (нарушение диеты). Ухудшение функции кишечника усиливает беспокойство и тревогу, что приводит к формированию замкнутого круга, в котором психические и соматические факторы находятся в сложном взаимодействии.

Своеобразие неврозоподобных состояний в клинике гастроэнтерологии определяется, как показывают наблюдения, тесным слиянием психопатологических проявлений невротического регистра с симптомами основного заболевания, с характерными для данной органопатологии жалобами, которые могут иметь как соматогенное, так и функциональное происхождение (тошнота, анорексия, абдоминальные боли). Обычно эти жалобы у больных являются первостепенными. При наличии объективно подтвержденного обострения хронического заболевания органов пищеварения их соматогенный характер не подвергается сомнению. Вместе с тем фиксация этих жалоб вопреки улучшению соматических показателей, отсутствие параллелизма между субъективными и объективными данными свидетельствуют о тенденции к психогенному их закреплению. В таких случаях толерантные, резистентные к традиционному соматическому лечению симптомы становятся более динамичными при дополнении лечения психотропными средствами и психотерапией. В анамнезе указанные симптомы также не всегда коррелируют с обострением желудочно-кишечного заболевания и возобновляются как от погрешности в еде, так и в результате

35

нервного напряжения или психической травматизации. Таким образом, неврозоподобное состояние включает расстройства, характерные для основной соматической патологии, которые в динамике болезни носят то преимущественно соматогенный, то психогенно-функциональный характер.

В развитии так называемых полиэтиологических болезненных нарушений, к которым относится в частности *ревматоидный артрит (РА)*, большое значение имеет комплекс наследственных, аллергических и психологических факторов. Причем психоэмоциональное перенапряжение (стрессовое состояние) является причиной обострения аутоиммунных процессов. На модели изучения психосоматических расстройств при РА подтверждается правомерность точки зрения о наличии двух видов патогенного влияния соматической болезни на психическую деятельность: интоксикационного (прямого или опосредованного) воздействия на центральную нервную систему и психогенного (реакция заболевшего человека на болезнь и ее последствия). У больных РА наблюдаются полиформные клинические проявления невротического уровня с преобладанием аффективных и астенических нарушений. Если на первых порах течения болезни они коррелируют как с характером основного заболевания, так и с психологически понятной реакцией на болезнь, то по мере хронизации симптоматики РА и длительности заболевания формируется общий нозогенный комплекс, в котором психические расстройства (прежде всего сверхценные переживания своей физической и социальной неполноценности и личностные декомпенсации) по существу определяют состояние больного и весь его жизненный уклад. В этих случаях отмечается сужение круга интересов и обязанностей, на фоне которого нередко формируются сенситивно-шизоидные и ипохондрические расстройства. Все это требует при длительном лечении РА переориентации терапевтической тактики, включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии, что не только способствует симптоматическому облегчению состояния больных, но и оказывает существенное влияние на течение различных проявлений РА.

У больных, находящихся в *неврологическом отделении*, наиболее часто неврозоподобная симптоматика обнаруживается на фоне церебрально-сосудистой патологии. В этих случаях обычно отмечается сочетание астенического симптомокомплекса и разнообразных личностных реакций: эмоциональной неустойчивости, тревоги, повышенной слезливости, которые нередко сопровождаются депрессивными проявлениями длительностью от 2-3 дней до нескольких месяцев. Больные с церебрально-сосудистой патологией особенно тяжело переносят волнующие события независимо от того, какими эмоциями они сопровождаются — приятными или тягостными. Частыми оказываются нарушения сна, взрывчатость, внезапно воз-

36

никающие приступы страха, обсессивные явления. По мере течения сосудистого процесса все более утрачивается первоначальная зависимость неврозоподобных явлений от физического состояния. Объективное улучшение соматического статуса не уменьшает выраженности психопатологической симптоматики; незначительное ухудшение самочувствия, легкая головная боль или кратковременное нарушение сна оказывают на этих больных сильное психотравмирующее влияние, вызывая тревогу, раздражительность, беспокойство, страх. Гипертрофированная реакция в ответ на любые мелочи, касающиеся здоровья, выраженный эгоцентризм и склонность к конфликтам подчас делают пациентов трудными для пребывания в стационаре, а также способствуют повышенной восприимчивости к ятрогенным влияниям.

Наиболее часто и вне зависимости от характера соматического заболевания у больных в общемедицинских учреждениях, помимо комплекса астенических нарушений, наблюдаются так называемые *соматизированные депрессии*. Депрессивные расстройства в этих случаях являются эквивалентом соматических нарушений, существующих, как правило, длительное время и не поддающихся какой-то объективизации (в первую очередь, приступов усиленных сердцебиений, болей в разных частях тела, головокружений, тошноты, слабости). Пациенты с этими симптомокомплексами становятся объектом бесплодных поисков соматической болезни. Больные неоднократно госпитализируют, они подвергаются повторным обследованиям, а иногда даже и оперативному вмешательству.

Обращает на себя внимание тесная связь соматических отклонений с чувством подавленности, тоски и тревоги, физические ощущения как бы сливаются с почти неотделимыми от них расстройствами настроения. У больных отмечается тенденция к постоянному анализу своих ощущений и возможных причин их возникновения, выискиванию у себя все новых симптомов соматического неблагополучия. Снижение настроения расценивается этими лицами как естественное следствие «нераспознанного» заболевания какого-либо органа. Подавленность и тревога с немотивированными опасениями за свое здоровье, мрачные прогнозы в отношении будущего нередко полностью исключают больных из активной жизни, приводят к значительному снижению их адаптационных возможностей.

Существование у больных депрессии (при жалобах исключительно соматического характера) доказывается наличием у них слабо очерченных, но несомненных признаков депрессии в общей картине состояния, цикличности в усилении и уменьшении соматических расстройств, отсутствием соответствия между объективным физическим статусом и тяжестью субъективного самочувствия, неэффективностью общесоматической терапии. В процессе наблюдения обнаруживается сходство имеющихся клинических

37

проявлений с типичными симптомами депрессии. Обращают на себя внимание витальный ее характер, наличие тоски, тревоги. Больные сами констатируют пессимистический фон настроения, утрату прежней активности. Глубина аффектальных расстройств оказывается, как правило, незначительной, тревога никогда не достигает уровня ажитации. Вместе с тем выявляются стойкие тревожные опасения по поводу своего здоровья, в некоторых случаях с явной ипохондрической фиксацией. Больные постоянно говорят о предстоящих неприятностях, связанных с их соматическим недугом, ищут у окружающих поддержки и сочувствия.

Можно отметить некоторые особенности депрессивных расстройств в зависимости от того, при какой соматической патологии они наблюдаются. При сердечно-сосудистых заболеваниях в клинической картине преобладают заторможенность, быстрая утомляемость, слабость, вялость, апатия с неверием в возможность выздоровления, мысли о якобы неминуемо наступающей при любом сердечном заболевании физической несостоятельности. Больные тоскливы, погружены в свои переживания, обнаруживают склонность к постоянному самоанализу, много времени проводят в постели, неохотно вступают в контакт с соседями по палате и персоналом. В беседе говорят преимущественно о своей «тяжелой» болезни, о том, что не видят выхода из создавшегося положения. Типичны жалобы на резкий упадок сил, утрату всяких желаний и стремлений, неспособность сосредоточиться на чем-либо (трудно читать, смотреть телевизор, даже говорить). Больные часто строят всякого рода предположения относительно своего плохого физического состояния, о возможности неблагоприятного прогноза, выражают неуверенность в правильности проводимого лечения.

В тех случаях, когда во внутренней картине болезни преобладают представления о нарушениях в желудочно-кишечном тракте, в большинстве случаев состояние больных определяется стойким тоскливым аффектом, тревожными сомнениями относительно своего будущего, подчинением внимания исключительно одному объекту — деятельности желудка и кишечника с фиксацией на различных исходящих из них неприятных ощущениях. Отмечаются жалобы на щемящее чувство, локализующееся в области эпигастрия и внизу живота, на почти непроходящую тяжесть, сдавливание, распирающее и другие неприятные ощущения в кишечнике. Больные в этих случаях связывают такие расстройства с нервным напряжением, состоянием угнетенности, подавленности, трактуя их как вторичные.

Важно отметить, что лица, страдающие соматизированными депрессиями, обычно в течение длительного времени остаются вне поля зрения специалистов, поскольку у них имеют место невыраженность, смазанность клинических проявлений, когда психопатологическая симптоматика во многом имитирует картину соматических расстройств. Они оказываются паци-

ентами поликлиник и стационаров общего профиля, находятся на учете в этих учреждениях с самыми различными диагнозами и не получают квалифицированной помощи. Из этого вытекает необходимость ранней диагностики рассмотренных расстройств, адекватного подбора медикаментозных средств в сочетании с психотерапией, что обеспечивает достижение лечебного эффекта и помогает проведению реабилитационных мероприятий.

Одной из наиболее актуальных проблем клинической медицины на протяжении многих десятилетий является *нейроциркуляторная дистония* (НЦД).

Клинические проявления НЦД крайне полиморфны, включают в себя различные функциональные невротические и неврозоподобные симптомы. На практике НЦД нередко становится «диагнозом исключения», универсальной малодифференцированной диагностической категорией, а больные, как правило, переходят в разряд так называемых трудных с типичными неясностями диагностики и терапии. Клинический полиморфизм НЦД делает ее предметом исследования различных медицинских дисциплин.

Пациенты с НЦД, по данным многих авторов, составляют 25-30% посещений терапевта и кардиолога. Как самостоятельная диагностическая категория НЦД представлена и в разделе психических расстройств и расстройств поведения МКБ-10, где она трактуется как соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечнососудистой системы (сердечный невроз, нейроциркулярная астенция).

В настоящее время сложились определенные предпочтения в трактовке этого клинического феномена. Интернисты в основном считают НЦД нозологически самостоятельной диагностической категорией; в психиатрии и неврологии НЦД оценивается преимущественно как синдром⁶.

К числу диагностических критериев НЦД относят:

- 1) своеобразные кардиалгии;
- 2) характерные дыхательные расстройства в виде чувства «кислородного голода», «тоскливых вздохов», тахипноэ; снижение максимальной легочной вентиляции и увеличение остаточного воздуха;
- 3) чрезвычайную лабильность пульса и артериального давления, проявляющаяся спонтанно или в виде неадекватной реакции на эмоциональные стимулы, физическую нагрузку на фоне гипервентиляции или при ортостатической пробе;
- 4) изменение конечной части желудочкового комплекса ЭКГ в виде «неспецифических» негативных зубцов Т, зубца U, а также синдрома ранней реполяризации желудочков;

⁶ Современные тенденции сближения психиатрии с общей медицинской практикой актуализируют развитие междисциплинарных исследований, что отражает эволюцию психосоматического направления.

- 5) лабильность зубца Т и сегмента ST в процессе гипервентиляционной и ортостатической пробы, что выражается во временной инверсии зубца Т и депрессии сегмента ST. При исходно негативных зубцах Т происходит их временная «нормализация» в процессе велоэргометрической пробы, изадринного теста, проб с хлоридом калия и β-адреноблокаторами.

Консультация психиатра при НЦД показана при несоответствии жалоб и поведения соматическому состоянию больного.

Междисциплинарный подход к больным НЦД дает возможность определить психосоматические отношения для выбора адекватной лечебно-реабилитационной тактики.

При этом обычно выделяют больных с невротическими расстройствами (тревожно-фобические расстройства с агорафобией, агорафобия с паническими расстройствами) и с аффективными расстройствами (легкий и среднетяжелый депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, циклотимия, шизотипическое расстройство).

Клиническое обследование выявляет значительное сходство соматических жалоб у всех пациентов — кардиалгии, повышение артериального давления, приступы сердцебиений, затруднение дыхания (вдоха), слабость, головокружения, головные боли, неприятные ощущения в конечностях по типу парестезий, повышенная потливость, зябкой субфебрилитет, зябкость, тошнота, боли в животе, суставах и мышцах. Вместе с тем жалобы имеют определенную избирательность в зависимости от преобладающего психического расстройства. Так, при невротических (тревожно-фобических) расстройствах преобладают приступообразные расстройства по типу вегетативного пароксизма в виде кардиалгий, тахикардии, повышения артериального давления, озноба, тремора, тошноты, головной боли. У пациентов с преобладанием депрессивных расстройств наряду с кардиалгиями типичны жалобы на головокружения, головные боли, слабость, при этом стабильность и малая курабельность расстройств коррелируют с тяжестью состояния в целом.

Существенно различается и клиническое оформление кардиалгий. Большинство больных с преобладанием депрессии жалуется на ноющие боли в области сердца; значительно реже — на колющие боли (либо не могут уточнить их характер). У них в 3 раза чаще (по сравнению с пациентами с невротическими расстройствами) наблюдаются продолжительные (более 30 минут) кардиалгии. У больных с невротическими расстройствами болевые ощущения более полиморфны, преобладают ноющие боли. Кроме того, почти треть этих пациентов не могут определить вид кардиалгий.

У пациентов с невротическими расстройствами приступу, как правило,

40

предшествуют эмоциональные нагрузки, значительно реже — переутомление или физическое утомление. У пациентов с депрессивными расстройствами преобладают спонтанные боли. Значительно меньше больных с депрессией считают, что причиной кардиалгии является эмоциональное напряжение, и лишь единицы отмечают связь кардиалгий с физической нагрузкой или утомлением.

Повседневная практика показывает специфику диагностики НЦД, что нужно учитывать при оценке актуальных психических расстройств и выборе лечебной тактики. При преобладании НЦД средней тяжести лишь у пациентов с невротическими расстройствами можно диагностировать легкие нарушения, а тяжелые в соответствии с критериями терапевтической диагностики состояния встречаются только у больных с депрессией. Для диагностики важно, что объективные признаки НЦД (ЭКГ с гипервентиляционной и ортостатической пробами, тест с велоэргометрической нагрузкой) оказываются значительно более показательными у пациентов с более легкими формами расстройств («больные-невротики»). Эти функциональные пробы имеют и дополнительное диагностическое значение — они позволяют по-своему прояснить внутреннюю картину болезни у пациентов с разнородной психической патологией. У всех больных объективно не выявляется существенного снижения к физическим нагрузкам, а пациенты с депрессией в большинстве случаев отказываются от выполнения проб, ссылаясь на утомление, истощение физических сил, что отражает снижение их психической активности при осознании своего недуга как проявление физического заболевания.

При эхокардиографии у всех пациентов каких-либо существенных нарушений (размеры полостей сердца, толщина и экскурсия стенок, показатели фракции выброса и ударного объема) так же, как правило, не обнаруживается. Однако у больных с невротическими расстройствами достоверно чаще можно выявить пролапс митрального клапана и дополнительную хорду, что считается характерным для больных с паническими атаками.

Результаты объективного обследования показывают, что диагноз НЦД как самостоятельного расстройства можно верифицировать только у 40% больных, у которых преобладают соответствующие жалобы. В большей части случаев при установлении диагноза решающее значение имеют именно жалобы больного в соответствии со сформировавшейся у него внутренней картиной болезни. Это клиническое обстоятельство подтверждает традиционную актуальность диагностической проблемы НЦД, в первую очередь правомерности установления этого диагноза без достоверных объективных признаков вегетативной дисфункции.

В общей медицинской практике имеется большое число больных

41

с *хроническими болевыми синдромами*, сочетающимися с психопатологическими расстройствами. Соматогенные боли часто сопровождаются развитием пограничных психических расстройств, в первую очередь депрессии, астении, ипохондрии. В таких случаях боль обычно рассматривают как причинный фактор, по отношению к которому психические нарушения становятся вторичными. Однако ряд болевых расстройств имеют преимущественно психопатологическое происхождение. При алгиях источник боли может полностью отсутствовать или играть роль только пускового фактора. Клиническая оценка хронической боли часто зависит от взглядов на сам феномен «психопатологической боли». В настоящее время наиболее распространена многофакторная модель боли, учитывающая личностный и эмоциональный компоненты болевого переживания, а также коморбидную симптоматику. Выделяют два аспекта в понимании болевого синдрома — непосредственное повреждение тканей и связанные с этим ощущения и эмоциональное состояние, обусловленное разными причинами.

В отличие от острой боли, при которой первостепенное значение имеет повреждение тканей, эмоциональный компонент тесно связан с ноцицептивной реакцией, а личностные факторы практически не участвуют, хроническая или патологическая боль выделяется как самостоятельное заболевание с первичным процессом в соматической сфере и вторичной дисфункцией периферической и центральной нервной системы при участии личностно-психологических механизмов. Хронической боли свойственны длительность, устойчивость к проводимой терапии и отсутствие прямой зависимости от вызвавшей ее причины. Такая боль непрерывная, угнетающая, с высокой коморбидностью с психической и соматической патологией, которая в свою очередь усиливает болевой синдром.

Хронический болевой синдром является наиболее частой причиной нетрудоспособности, а в ряде случаев и инвалидности.

Многие эпидемиологические исследования показывают наибольшее сродство хронических болевых синдромов с аффективными нарушениями, в первую очередь депрессивного спектра. В то же время депрессия, имеющаяся первично, как правило, приводит к возникновению того или иного болевого синдрома (синдром «депрессия-боль»).

Своевременное выявление депрессии у больных с болевыми синдромами становится первостепенной и в то же время непростой задачей для интерниста. Иногда больные умышленно скрывают депрессивные симптомы или считают их проявлениями боли, так как она считается социально более приемлемым проявлением заболевания. Пациенты с хронической болью часто страдают от бессонницы, также считая ее следствием боли. Риск суицида, всегда существующий у больных с депрессивными расстройствами, увеличивается при болевых синдромах. Взаимосвязь боли

42

и депрессии порождает споры о первичности и вторичности этих состояний. При этом рассматривают 3 возможных варианта взаимосвязи хронической боли и депрессии: хроническая боль вызывает депрессию, депрессия предшествует возникновению болевого синдрома; хроническая боль и депрессия существуют параллельно.

* * *

Представленные сведения о психических нарушениях в общей соматической практике не охватывают всех возможных форм и вариантов расстройств. Они лишь иллюстрируют общие закономерности их развития. Вероятно, при любом соматическом (неврологическом и др.) страдании возможны те или иные психопатологические проявления невротического уровня. Это обосновывает необходимость сближения современной психиатрии и общей медицины. Психиатр-консультант, которого зачастую приглашают в общесоматическое учреждение лишь для оценки возникших психических расстройств и организации перевода больного в психиатрическую больницу, в последнее время все чаще осуществляет вместе с интернистами диагностическую и лечебную работу. Эта тенденция требует новых организационных решений и соответствующего определения роли и места психиатрии в общемедицинских стационарных и поликлинических учреждениях.

4. ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лечение любого больного с психическими расстройствами в условиях общемедицинского стационара и в различных амбулаторно-поликлинических учреждениях должно основываться на непосредственной медицинской помощи (обследование и постановка диагноза, оказание при необходимости экстренной помощи, проведение курсовой терапии с использованием различных медикаментозных средств, психотерапии, физиотерапии, других лечебных средств и методов) и социотерапевтическом воздействии, направленном на социально-психологическую адаптацию больного и его реабилитацию. При этом очень важно установить хорошие взаимоотношения врача и больного, основанные на взаимном доверии и уважении. Пациент в этом случае становится полноправным участником терапевтического процесса, что позволяет наиболее рационально и эффективно решать диагностические и лечебные задачи.

Лечение больного, в том числе и с психическими расстройствами, может

43

быть направлено на причины, вызвавшие заболевание (этиотропная терапия); на патогенетические механизмы, обуславливающие возникновение и течение заболевания (патогенетическая терапия); на компенсаторные механизмы, способствующие приспособлению к продолжающейся болезни (компенсаторная терапия). У больных в общемедицинской практике психические расстройства в большинстве случаев обусловлены психогенно (социогении, ятрогения) или соматогенно (интоксикация, травмы, коморбидные заболевания). При разработке индивидуального терапевтического плана необходимо выявить ведущие и дополнительные факторы, явившиеся причиной развития психических расстройств и, в соответствии с системным пониманием этиопатогенеза психосоматических расстройств, планировать комплексное лечение соматических и психических нарушений.

4.1. ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ⁷

В соответствии с клинико-фармакологическими особенностями большинство авторов подразделяют психотропные препараты на следующие группы:

- психолептики: нейролептики («антипсихотики»); анксиолитики (транквилизаторы);
- психоаналептики: тимоаналептики (антидепрессанты); психостимуляторы (психотоники) и актопротекторы; нейрометаболические стимуляторы; нормотимики (тимоизолептики, стабилизаторы настроения);
- гипнотики (снотворные средства);
- психодизлептики (психотомиметики — препараты, вызывающие психические расстройства, в лечебной практике не применяются).

В основе этого в определённой мере схематического деления препаратов лежит своеобразие их основного клинического действия. Отдельные препараты имеют комбинированный, сочетанный спектр психотропной активности. Внутри основных групп психотропных препаратов в зависимости от их клинико-фармакологического действия, химической структуры (химической группы) или установленных механизмов действия выделяют отдельные подгруппы, например нейролептики, производные фенотиазина (алифатические, пиперазиновые, пиперидиновые), бутирофенона, тioxсан-

⁷ Сведения о действии психофармакологических препаратов, применяемых в лечебной практике, приводятся во многих справочных изданиях, в том числе в книге «Психические расстройства (диагностика и терапия в медицинской практике)», изданной в 2007 г. в издательстве «ГЭОТАР-Медиа» и предназначенной для врачей общемедицинских учреждений.

тена, транквилизаторы группы бензодиазепа и др.

Любые обнаруженные причинно-следственные и корреляционные связи «лекарственный препарат — терапевтическое действие» в современной психофармакологии требуют специального анализа и пояснения. Они должны учитывать, по крайней мере следующее.

- Между лекарственным препаратом, вызывающим изменения в психической деятельности, и реализацией этого действия в виде терапевтического эффекта у больного стоит множество метаболических преобразований самого лекарственного вещества и вызванных им изменений нейрохимической базы, обеспечивающей функционирование нервной системы.
- Лекарственное средство в принципе не может непосредственно действовать на психологические или психопатологические феномены: тревогу, страх, бред, депрессию, типичные для психических нарушений. Широко используемые в практике определения «анксиолитики», «антидепрессанты», «снотворные» отражают только конечный терапевтический эффект.
- Психическое расстройство имеет как неспецифические общебиологические механизмы, так и специфические нарушения, зависящие от индивидуальных особенностей организма (генотип, физиологическое состояние, соматическое здоровье) и личностно-типологических психологических характеристик. В связи с этим конечное психотропное действие может реализовываться через вмешательство в различные патогенетические звенья, приводящие к развитию психического расстройства. Избирательность точек приложения действия препаратов в этих случаях достаточно широка.
- Реализация терапевтического действия при психических нарушениях далеко не всегда прямо зависит от «нормализации» той или иной биологической системы. Эта нормализация, прежде всего при пограничных психических расстройствах (но не только при них), не устраняет психогенной (социогенной, соматогенной) причины, а лишь способствует на уровне организма (привлечение резервных возможностей функционирования) или психологического состояния (разрешение конфликтной ситуации, нахождение путей приспособления к ней и др.) созданию условий для адаптации к преимущественно функциональным изменениям.
- Высокая частота доказанного плацебо-эффекта при назначении психотропных препаратов, особенно в руках хорошего психиатра-психотерапевта, может серьезно влиять на оценку действия психофармакологического препарата.

Указанные группы факторов не исчерпывают всех возможных направлений анализа, необходимого для понимания действия психофармакологических препаратов, но позволяют говорить о невозможности вычленить отдельные фармакологические эффекты, полученные в эксперименте

на животных и в отдельных клинико-фармакологических исследованиях, для объяснения терапевтического эффекта у больных. Из этого следуют два подхода к созданию новых психотропных препаратов.

Во-первых, необходимость понимания системного терапевтического воздействия на больного как через неспецифические общебиологические механизмы, лежащие в основе формирования собственно психических расстройств и психосоматических нарушений, так и через специфические этиологические и патогенетические механизмы, определяющие развитие патологического процесса (в большинстве случаев лишь гипотетические).

Во-вторых, основой анализа клинико-фармакологического эффекта является оценка его, как части, а не как целого при лечении больных с психическими расстройствами. В равной мере это относится к оценке действия различных психотерапевтических методов и социотерапевтических мероприятий, хотя они, в отличие от действия лекарственных препаратов, более индивидуальны для каждого больного.

Во всех случаях назначения психофармакотерапии при решении и тактических, и стратегических вопросов лечения каждого пациента, наряду с рассмотрением собственно медико-терапевтических проблем, в последнее время большое внимание уделяется качеству жизни больного во время курса терапии и после его окончания. Качество жизни при этом рассматривается как совокупность показателей, отражающих изменение физического, психологического, социального и духовного состояния. К их числу при оценке действия психофармакотерапии можно отнести функциональное состояние (работоспособность, общесоматическое состояние, толерантность к физической нагрузке и др.), психическое состояние, связанное как с основной болезнью, так и с приёмом психоактивных средств, социальную и половую активность. С оценкой качества жизни во время терапии тесно связан учёт удобства «приверженности» (compliance) больного к лечебному процессу. От этого зависит не только выполнение им врачебных назначений, но и психологический настрой, имеющий большое значение для получения как тактического, так и стратегического результата терапии. В этом отношении важное значение в современной психофармакотерапии имеют принципы этической оценки последствий назначения препаратов. Они основаны, с одной стороны, на компетентной оценке клинического (психического, общесоматического) состояния больного, с другой — на знании возможностей действия назначаемого препарата, предполагающем его выбор, рациональное обоснование индивидуальных доз, продолжительности терапевтического курса и т.д. При этом врач должен взять на себя ответственность при обосновании ожидаемого терапевтического результата, оценке возможного риска назначаемого средства и провести анализ соотношения пользы и риска терапии.

46

Эту ответственность в определённой мере он обязан разделить с самим пациентом, получая от него согласие на лечение на основе информированного согласия и делая его сопричастным к оценке собственного здоровья и ко всем проводимым лечебным мероприятиям. С этой целью требуется разъяснить больному и особенности его состояния, и современные возможности лечения имеющихся расстройств, и обоснование необходимости приёма рекомендуемого препарата.

47

Приложение

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ⁸

Инструкция

Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в правом столбце выберите тот ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Обведите цифру, соответствующую выбранному Вами ответу (на значение этих цифр внимание не обращайте). Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением, поскольку Ваша первая реакция будет всегда более верной.

| | <i>Утверждение</i> | <i>Варианты ответа</i> | |
|---|---|---|------------------|
| 1 | Я испытываю напряженность, мне не по себе | Все время Часто Время от времени, иногда Совсем не испытываю | 3 2 1 0 |
| 2 | То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство | Определенно это так Наверное, это так Лишь в очень малой степени это так Это совсем не так | 0 1 2 3 |
| 3 | Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться | Определенно это так, и страх очень сильный Да, это так, но страх не очень сильный Иногда, но это меня не беспокоит Совсем не испытываю | 3 2 1 0 |
| 4 | Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное | Определенно это так Наверное, это так Лишь в очень малой степени это так Это совсем не так | 0 1 2 3 |
| 5 | Беспокойные мысли крутятся у меня в голове | Постоянно Большую часть времени Время от времени и не так часто Только иногда | 3 2 1 0 |

⁸ Печатается по тексту «Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: под редакцией А.Н. Беловой, О.Н. Щелетовой.» – М.: Антидор, 2002 г. – 440 с.)

48

| | <i>Утверждение</i> | <i>Варианты ответа</i> | |
|----|---|--|------------------|
| 6 | Я испытываю бодрость | Совсем не испытываю Очень редко Иногда Практически все время | 3 2 1 0 |
| 7 | Я легко могу сесть и расслабиться | Определенно это так Наверное, это так Лишь изредка это так Совсем не могу | 0 1 2 3 |
| 8 | Мне кажется, что я все стал делать очень медленно | Практически все время Часто Иногда Совсем нет | 3 2 1 0 |
| 9 | Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь | Совсем не испытываю Иногда Часто Очень часто | 0 1 2 3 |
| 10 | Я не слежу за своей внешностью | Определенно это так Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно Может быть, я стал меньше уделять этому внимания Я слежу за собой так же, как и раньше | 3 2 1 0 |
| 11 | Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться | Определенно это так Наверное, это так Лишь в некоторой степени это так Совсем не испытываю | 3 2 1 0 |
| 12 | Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения | Точно так же, как и обычно Да, но не в той степени, как раньше Значительно меньше, чем обычно Совсем так не считаю | 0 1 2 3 |
| 13 | У меня бывает внезапное чувство паники | Очень часто Довольно часто Не так уж часто Совсем не бывает | 3 2 1 0 |
| 14 | Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы | Часто Иногда Редко Очень редко | 0 1 2 3 |