

И. В. Кравченко

**КРАТКОЕ ПОСОБИЕ
ПО ПСИХИАТРИИ**

Санкт-Петербург
СпецЛит
2016

УДК 616.311-056.3-07-08(07)
К77

Автор:

Кравченко Игорь Владимирович — кандидат медицинских наук,
врач-психиатр, психотерапевт, психиатр-нарколог, клинический фармаколог

Рецензент:

Ю. В. Попов — заместитель директора НИПНИ им. В. М. Бехтерева по научной работе,
заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук

Кравченко И. В.

К77 Краткое пособие по психиатрии / И. В. Кравченко. —
Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 125 с.
ISBN 978-5-299-00810-4

Пособие рассматривает наиболее часто встречающиеся формы психопатологии в клинике нервных и психических болезней. В нем кратко изложены фундаментальные принципы синдромальной диагностики. Отдельные главы посвящены пограничным психопатологическим состояниям, с которыми может встретиться врач общесоматической практики. Выделены ведущие классы психотропных препаратов, показания и противопоказания к назначению, а также их дозировки с учетом современных последних исследований в области психофармакотерапии.

Издание может быть полезно психиатрам, психотерапевтам, наркологам и прочим специалистам, участвующим в оказании медицинской помощи больным с нервно-психическими расстройствами.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Введение	5
Глава 1. Расстройства шизофренического спектра.....	10
Глава 2. Расстройства аффективного спектра	23
Глава 3. Эпилепсия	28
Глава 4. Черепно-мозговая травма.....	32
Глава 5. Расстройство личности	36
Глава 6. Умственная отсталость	44
Глава 7. Неврозы и неврозоподобные состояния	47
Глава 8. Психосоматические расстройства.....	52
Глава 9. Современные проблемы геронтологической психиатрии	69
Глава 10. Проблема когнитивных нарушений при различных психических заболеваниях.....	77
Глава 11. Аутодеструктивное поведение в психиатрической практике.....	87
Глава 12. Фармакотерапия психических расстройств.....	92
Литература	123

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная психиатрия является одной из самых динамично развивающихся областей медицины: регулярно публикуются работы, посвященные актуальным вопросам психиатрической деятельности; обновляется база используемых психотропных препаратов; внедряются новые критерии оценки эффективности терапии больных. Однако за высказанными положительными тенденциями скрывается ряд проблем. Так, прослеживается тенденция все имеющееся многообразие психопатологических проявлений представить как жесткую структуру, с прописанными раз и навсегда правилами диагностики и лечения. Это ведет к шаблонности мышления, потере творческого начала в психиатрии.

Все чаще встречается использование тестовых методов психодиагностики в ущерб клиническому наблюдению, беседе с больным. Также присутствует стремление уместить всю пестроту клинической картины в имеющиеся классификаторы болезней (в настоящее время — это МКБ-10 и DSM-IV). Все вышесказанное вызывает опасение, что разрабатываемые стандарты и рекомендации в психиатрии подменяют собой клиническое мышление клинициста сухим набором цифр.

Негативным моментом может служить и стремление к чрезмерно узкому пониманию той или иной психиатрической проблемы. Возможно, истоки этого феномена лежат в разобщении преподавания психиатрии как единого предмета, как результат — достаточно условное вычленение из нее психотерапии, наркологии, сексопатологии. В результате современный врач-психопатолог теряет способность к интегрированному анализу полученного материала, утрачивает возможность варьировать в выборе тактики ведения больного, прибегая только к биологическим или, например, психотерапевтическим формам терапии. К сожалению, заявленный формат издания не позволяет в полной мере исправить указанные перегибы. Изложенный в книге материал лишь подчеркивает единую клиническую сущность отдельных нозологических форм, оставляя за рамками вопросы их этиологии и патогенеза.

Само издание, по мнению автора, должно служить нескольким целям: во-первых, сжатый клинический материал будет полезен для студентов и ординаторов в качестве конспекта в учебном процессе; для практикующих коллег данная книга может послужить лишним поводом обратиться к истокам современной психиатрии, заложенным в трудах исследователей дореволюционной России и лучших представителей советской школы психиатрии. Представленный в их работах клинический формат подачи материала в виде клинических лекций, разборов позволит практикующему врачу существенно расширить границы клинического мышления, повысить свой творческий потенциал, что всегда выгодно отличало отечественную медицину. Наконец, издание может послужить еще одним поводом к продолжению дискуссии относительно путей развития отечественной психиатрии.

ВВЕДЕНИЕ

С учетом заявленного формата издания клинический материал представлен в виде тематических блоков, отражающих единство этиопатогенетических механизмов в реализации указанных болезненных состояний. Не оспаривая современные тенденции к расширению перечня диагностируемых форм нозологии, предпринята попытка рассмотреть клинические симптомокомплексы в исторически сложившейся форме их описания. С учетом практической значимости большое внимание уделено клиническим характеристикам расстройств шизофренического спектра; аффективных нарушений; группе когнитивных расстройств; вопросам геронтологической психиатрии и соматопсихиатрии, а также проблеме психофармакотерапии.

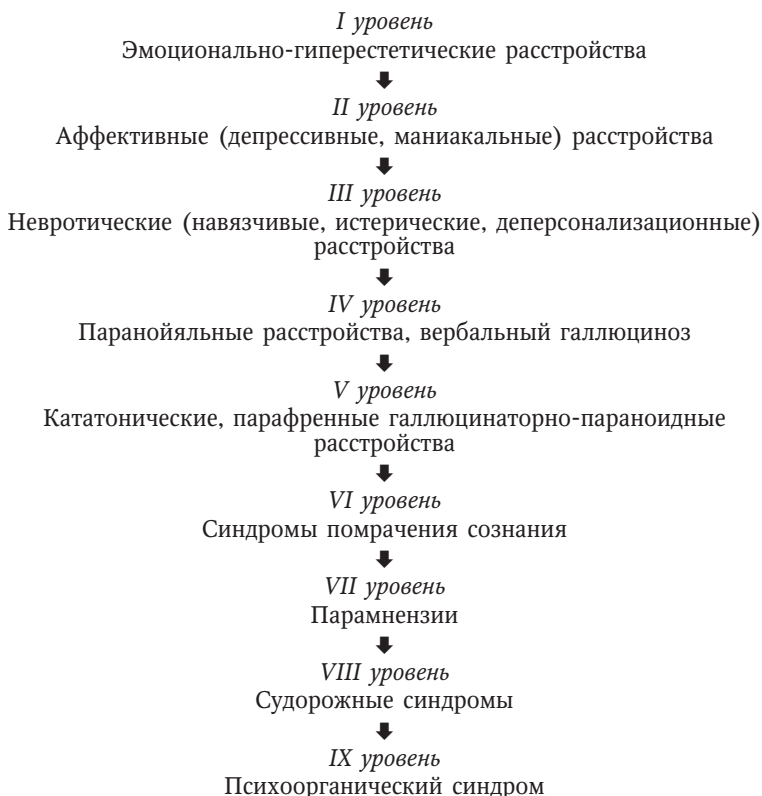


Рис. 1. Соотношение позитивных психопатологических синдромов

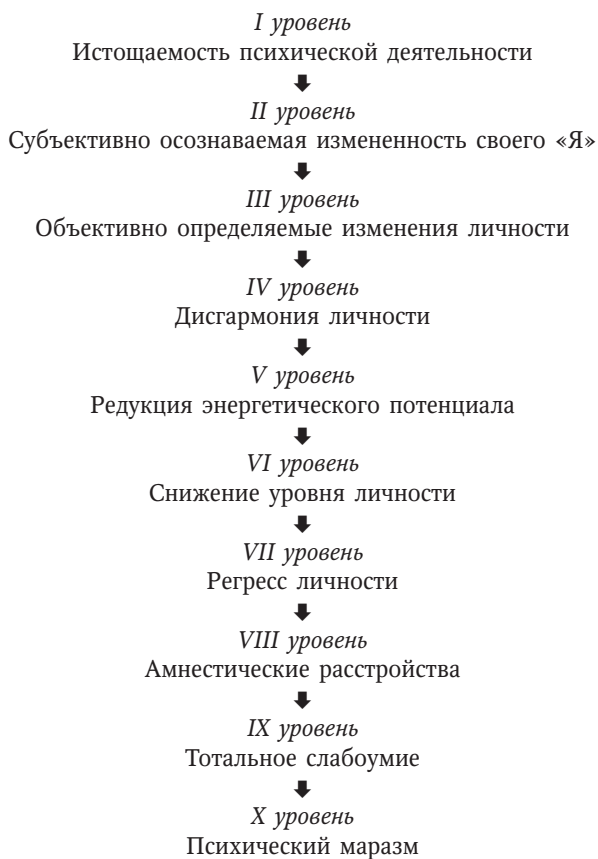


Рис. 2. Соотношение негативных психопатологических синдромов

Отдельно хочется остановиться на вопросах синдромокинеза. По мнению автора, изложенные в книге синдромальные явления не являются нозоспецифичными, а отражают лишь уровень генерализации процесса. Это в полной мере соответствует концепции проф. А. В. Снежневского об общепатологических закономерностях синдромообразования при различных психических расстройствах, которая сохраняет свою актуальность и в настоящее время, заслуживая быть приведенной в качестве отдельной информативной ссылки (рис. 1, 2). Для проведения правильной психоневрологической топической диагностики приводится описание основных клинических характеристик поражения ведущих структур головного мозга (табл. 1, 2).

**Клинические признаки поражения коры
больших полушарий (долей) и мозжечка**

Локализация поражения	Клинические признаки
Лобная доля	Общемозговые симптомы, парциальные или вторично-генерализованные припадки; моторная апраксия, синдром лобной доли (расторженность влечений, гиперсексуальность, обжорство, утрата чувства стыда с последующим нарастанием апатоабулического состояния)
Теменная доля	Преимущественно парциальные сенсорные припадки; утрата вибрационной чувствительности: состояние моно- или гемиплегии; гемиплегия или моноплегия; астереогноз; идеаторная и идеомоторная апраксия
Височная доля	Психосенсорные нарушения; синдром «уже виденного» и «никогда не виденного»; обманы восприятия; парциальные и вторично-генерализованные припадки
Затылочная доля	Парциальные припадки; гомонимная гемианопсия, часто с сохранным центральным зрением; зрительная агнозия; амнестическая афазия
Мозжечок (полушария, червь мозжечка)	Эмоциональная лабильность; маскообразное лицо; фиксированное положение головы и туловища; мышечная ригидность; скандированная речь; нистагм; отсутствие координации при движении конечностей; пошатывание в позе Ромберга; сенсорная афазия; гомонимная гемианопсия; непроизвольное дрожание в покое; атетоз; хорей; пропульсии и ретропульсии; интенционный тремор; снижение глубоких сухожильных рефлексов; статико-локомоторная атаксия

Клинические признаки поражения черепно-мозговых нервов

Локализация поражения	Клинические признаки
I. Обонятельный нерв	Аносмия
II. Зрительный нерв	Застойный диск зрительного нерва; атрофия (первичная и вторичная); центральная и парацентральная скотома; концентрическое сужение поля зрения; снижение остроты зрения; битемпоральная или квадрантная гемианопсия; атрофия зрительного нерва; парацентральная скотома; квадрантная гемианопсия; контралатеральная гомонимная гемианопсия
III. Глазодвигательный нерв	Диплопия; расходящееся косоглазие; ограничение движения глазного яблока вверх, вниз при повороте его кнутри; отсутствие прямой и содружественной реакции зрачка на свет; снижение остроты зрения; птоз
IV. Блоковый нерв	Диплопия; ограничение движения глазного яблока вниз при повороте его кнутри
V. Тройничный нерв	Болевые ощущения по ходу ветвей тройничного нерва; утрата всех видов чувствительности в области лица, за исключением угла нижней челюсти; утрата всех видов чувствительности (кроме вкусовой) в полости рта; отсутствие роговичного рефлекса
VI. Отводящий нерв	Диплопия; сходящееся косоглазие; ограничение движения глазного яблока кнаружи
VII. Лицевой нерв	Сглаженность носогубной складки; расширение глазной щели; невозможность поднять брови; при зажмуривании не смыкается глазная щель; невозможно улыбнуться и показать зубы; снижение роговичного рефлекса; блефароспазм

Локализация поражения	Клинические признаки
VIII. Преддверно-улитковый нерв	Нарушение слуха; горизонтальный нистагм; сниженная реакция на калорическую пробу
IX. Языкоглоточный нерв	Утрата чувствительности в полости рта, гортани, на задней трети языка; утрата глоточного рефлекса
X. Блуждающий нерв	Свисание мягкого нёба на стороне поражения; утрата глоточного рефлекса; паралич голосовой связки; затрудненное глотание; дизартрия
XI. Добавочный нерв	Слабость при попытке поднять плечо, повернуть голову в противоположную от поражения сторону; атрофия и фасцикуляции трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцы
XII. Подъязычный нерв	Девиация языка в сторону

Глава 1

РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шизофрения — прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психических функций, длительным непрерывным или приступообразным течением и разной степенью выраженности позитивных и негативных расстройств. С учетом доминирования у больного позитивных (продуктивных) или негативных симптомов выделяют так называемые I и II типы шизофрении. Другая классификация шизофрении отражает различный тип течения заболевания:

- непрерывно-прогредиентный;
- рекуррентный (периодический);
- приступообразно-прогредиентный.

По степени прогредиентности выделяют формы:

- высокопрогредиентную (грубопрогредиентную);
- среднепрогредиентную;
- малопрогредиентную.

Среди непрерывно-прогредиентной шизофрении встречается высокопрогредиентный тип течения в следующих клинических формах:

- злокачественная юношеская;
- простая;
- гебефреническая;
- кататоническая;
- параноидная юношеская.

Среднепрогредиентный тип течения представлен параноидной клинической формой (с доминированием бредовой или галлюцинаторной симптоматики). Малопрогредиентная, или вялотекущая, шизофрения отличается доминированием невротических и психопатоподобных болезненных переживаний. Приступообразно-прогредиентная шизофрения может протекать как злокачественная форма; в форме, близкой к параноидной, или как вялотекущая форма. Наконец, периодическая шизофрения клинически разделяется на протекающую с однотипными или с разными видами приступов.

Выделяют следующие стадии развития шизофренического процесса:

- продромальный период;
- период нарастания проявлений активного процесса (период «расцвета» по С. С. Корсакову);
- острый период;
- подострый период;
- повторные приступы болезни при ремиттирующем, волнообразном и приступообразном течении;
- длительные приступы с затяжным подострым течением;
- период затихания подострых явлений, стабилизации ремиссии, формирования и консолидации дефекта;
- стадия ремиссии;
- выздоровление либо переход в стадию постпроцессуального дефекта (выздоровление с дефектом);
- исходные (конечные) состояния.

Подобная схема стадийности процесса наиболее полно представлена в работах проф. Д. Е. Мелехова, А. В. Снежневского (1964, 1979), сохраняя актуальность и в нынешнее время.

В основу клинической диагностики шизофрении в МКБ-10 положены критерии, разработанные К. Schneider (1930) и обозначенные как симптомы первого и второго ранга.

Симптомы первого ранга:

- 1) чувство звучания мыслей;
- 2) наличие слуховых обманов восприятия комментирующего, спорящего или обсуждающего характера;
- 3) ощущение чувства собственной беспомощности;
- 4) переживание ощущения отчуждения мыслей, воздействия на мышление;
- 5) передача мыслей на расстоянии;
- 6) бредовое восприятие;
- 7) иные ощущения, включающие «сделанный» волевой акт, «сделанный» аффект и «сделанные» желания.

Симптомы второго ранга:

- 1) другие обманы восприятия;
- 2) наличие бредовых идей;
- 3) растерянность;
- 4) колебания настроения;
- 5) ощущение эмоционального истощения.

Также не потеряло актуальности правило четырех «а» по Блейлеру, отражающее наиболее специфичные изменения в различных сферах психической деятельности: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм.

Клиническая характеристика отдельных форм шизофрении

Непрерывно-текущая шизофрения

Злокачественная юношеская шизофрения начинается в подростковом или юношеском возрасте, с дебютом в виде негативных симптомов («симплекс-синдром»), составляющих основу дальнейших болезненных переживаний. Инициальными проявлениями служат снижение энергетического потенциала, проявляющееся в уменьшении социальной активности, ухудшение успеваемости. Формируется склонность к так называемой «метафизической интоксикации», заключающейся в непродуктивном увлечении философией, «поиске смысла жизни». Больные начинают писать «трактаты» о космосе, изобретают новые термины, могут длительно пространно рассуждать о «проблемах мироздания», обнаруживая склонность к паралогичности мышления, резонерству. Появляется манерность, вычурность поведения; больные демонстрируют холодность, грубость в отношении близких; появляется расторможенность влечений, склонность к злоупотреблению алкоголем, бродяжничеству. Исходом болезненного процесса служит формирование дефекта личности различной степени выраженности.

Простой тип злокачественной юношеской шизофрении — сравнительно редкая форма течения процессуального заболевания, протекающая преимущественно с негативными шизофреническими симптомами. Данная форма может носить характер самостоятельной нозологической единицы либо служить начальным этапом другим клинических форм, чаще всего параноидной. Дебют болезни совпадает с подростковым или юношеским возрастом, а первыми клиническими признаками являются снижение социальной активности, своеобразный надлом личности. Пациенты начинают хуже учиться, теряют друзей, стремятся к уединению (процессуальный аутизм), формируется увлечение абстрактными идеями реформаторства и изобретательства. Возможны неглубокие колебания настроения, чаще всего гипотимического характера, при которых больные жалуются на эмоциональную опустошенность, отсутствие интереса к привычным занятиям, приносящим радость, переживание надвигающейся беды. Такие лица редко попадают в поле зрения психиатрической службы, поскольку их поведение не отличается выраженной делинквентностью, а изменения характера приписывают простой утомляемости, особенностям взросления.

В дальнейшем происходит нарастание эмоционально-волевых нарушений, усиление структурных изменений мышления в форме аморфности, непоследовательности, резонерства, шперрунгов. Формируется негативное отношение к близким, склонность к агрессив-

ным проявлениям в их адрес, а также бродяжничество и промискуитет. Психотические переживания нестойкие, развертываются на фоне усилившейся тревоги, нарушений сна и представлены отрывочными бредовыми и галлюцинаторными переживаниями. Значительно реже встречаются транзиторные элементы кататонического поведения. Исходом заболевания служит формирование состояния шизофренического дефекта.

Для **гебефренической** непрерывной шизофрении также характерно начало с проявлений «симплекс-синдрома», сменяющегося отчетливо выраженными гебоидными состояниями, дополняемыми бредовым и кататоническим компонентом. **Кататонический тип** шизофрении отличается широким диапазоном специфических психомоторных расстройств — от проявлений кататонического ступора, негативизма до кататонического возбуждения. Диагностическими критериями являются положительные симптомы «восковой гибкости», «воздушной подушки», симптомы Бернштейна, Фрумкина.

Клиническими вариантами кататонической шизофрении являются:

- кататония с бредом и галлюцинациями;
- кататония люцидная (без признаков нарушения сознания).

Наконец, **юношеская параноидная** шизофрения, имея в качестве дебюта проявления симплекс-синдрома, затем приобретает злокачественный, высокопрогредиентный темп течения, со временем трансформируясь в очерченный галлюцинаторно-бредовой и парафренный синдром и, наконец, в конечное состояние.

В свою очередь, **параноидная шизофрения** как процессуальное заболевание со **среднепрогредиентным типом** течения возникает в более позднем возрасте, чаще всего в возрасте 30—35 лет, и в инициальный период не имеет патогномичных симптомов, ограничиваясь неврозо- и психопатоподобными переживаниями. В динамике можно проследить следующую закономерность течения процесса: формирование параноидального синдрома, переход в фазу параноидного бреда (синдром Кандинского — Клерамбо) и этап парафренного бреда, признаками которого может служить инверсия чувства воздействия, симптом «разматывания воспоминаний», «галлюцинации памяти». Заключительный этап ознаменует переход в состояние шизофазии. Соответственно, в зависимости от особенностей клинической картины выделяют бредовой и галлюцинаторный (псевдогаллюцинаторный) варианты течения среднепрогредиентной параноидной шизофрении. Среди фабулы бредовых переживаний чаще других присутствуют идеи отношения, преследования, ущерба, изобретательства и пр. Ретроспективно можно заметить, что период безотчетной тревоги, транзиторных обманов восприятия предшествует переходу болезни в стадию так называемой «кри-

сталлизации» бреда по типу «озарения» либо, подчиняясь острому аффекту, трансформируется в галлюцинаторные обманы восприятия. Такие больные активно стремятся оградить себя от мнимых преследователей, меняют место жительства, обращаются в различные инстанции с жалобами на «прослушивание телефона, воздействие через стены», изобретают различные «защитные приспособления». При анализе обращения больных в общесоматические учреждения обращает на себя внимание высокая частота встречаемости ипохондрического варианта параноидной шизофрении, при котором клиническая картина дополняется явлениями сенестопатии, бредовой ипохондрии, дисморфофобии, дисморфомании. На поздних стадиях развития процессуальных изменений подобные переживания все больше обособляются, занимая ведущее место в клинической картине с формированием особых вариантов ипохондрической парафрении (дисморфоманической и ипохондрической).

Собственно, переход в парафреничную стадию отражает заключительный этап развития параноидной шизофрении и наиболее часто в клинике представлен систематизированным вариантом (отличительная особенность — инверсия бредового аффекта, при которой больной превращается из преследуемого в преследователя) и экспансивным вариантом, характерным для женщин, протекающим на фоне патологически приподнятого настроения с патологией влечения; также встречается фантастический и конфабуляторный вариант парафрении.

Рекуррентная (периодическая) шизофрения и шизоаффективное расстройство

Данная форма шизофрении отличается очерченностью клинических приступов (фаз), малым изменением структуры личности и формированием устойчивых ремиссий. Инициальный период заболевания характеризуется аффективными колебаниями различной степени выраженности. Следующим этапом является появление острого чувственного бреда, острой парафрении (включая острый антагонистический — манихейский — бред). На высоте болезненных проявлений формируется состояние онейроидной кататонии. Редукция болезни также происходит постепенно, вначале регрессируют симптомы помрачения сознания, утрачивает актуальность бредовая симптоматика, и, наконец, редуцируются аффективные симптомы. Длительность приступов рекуррентной шизофрении, как правило, составляет несколько месяцев.

Шизоаффективное расстройство — непрогредиентное эндогенное психическое расстройство, основу клинических проявлений которого составляют циркулярные аффективные расстройства (депрессии, мании) и психотические проявления, свойственные ши-

зофреническому процессу (бред, галлюцинации). Причем указанные аффективные и шизофренические симптомы существуют в едином временном и клиническом континууме. Большинство отечественных психиатров, например А. В. Снежневский, А. С. Тиганов, С. Н. Мосолов, рассматривают данную нозологическую группу в контексте благоприятно протекающей шизофрении, а именно как особую форму рекуррентной шизофрении. По преобладанию аффективных или шизофренических расстройств в картине шизоаффективного приступа выделяют аффект-доминантную и шизодоминантную формы. Аффект-доминантная форма свое развитие берет в пубертатном периоде, проходя следующие этапы становления: аффективный, аффективный бред, аффективно-бредовой, этап бредовых неаффективных расстройств и вновь аффективных проявлений при обратном развитии приступа. Клиническая картина приступов может варьировать в зависимости от преобладания в картине психоза острого чувственного бреда по типу бреда восприятия или наглядно-образного бреда воображения. Исход болезни благоприятный, поскольку процессуальные изменения личности не достигают в своем развитии состояния выраженного дефекта. Для шизодоминантной формы более характерны проявления острого чувственного бреда с трансформацией в галлюцинаторно-бредовые переживания в рамках синдрома Кандинского — Клерамбо. Собственно аффективные расстройства непродолжительны, занимают не более трех-четырёх недель. Глубокого дефекта личности в исходе при данной патологии также не наступает.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения

Отличается сочетанием непрерывного и приступообразного течения (так называемых шубов), а также различной степенью прогредиентности процесса, что обуславливает различную степень выраженности процессуальных изменений личности. Клинические варианты приступообразно-прогредиентной шизофрении близки по своей структуре к таковым при непрерывно-прогредиентной шизофрении.

Последнее время большое внимание уделяется отдельным клиническим формам шизофрении, тем самым подчеркивается их особенность в плане диагностики, лечения и прогноза. Такими формами шизофренического процесса могут являться шизофрении:

- вялотекущая;
- паранойяльная;
- гебоидная;
- фебрильная;
- легированная или промежуточная;
- пфропфшизофрения.

Игорь Владимирович **Кравченко**

КРАТКОЕ ПОСОБИЕ ПО ПСИХИАТРИИ

Редактор *Е. Г. Закревская*
Корректор *А. А. Борисенкова*
Компьютерная верстка *Е. В. Саватеева*

Подписано в печать 19.09.2016. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ.л. 8. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.
Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н.