

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	8
Список сокращений и условных обозначений	9
Введение (<i>В.К. Шамрей</i>)	11
ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ	13
Глава 1. Предмет и задачи психиатрии (<i>В.К. Шамрей</i>)	14
Глава 2. Основные этапы развития психиатрии (<i>Е.В. Крюков, В.К. Шамрей</i>)	18
2.1. К истории психиатрии	18
2.2. Становление и развитие психиатрии в России	19
2.3. Основание кафедры психиатрии Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии	24
2.4. Становление и развитие военной психиатрии	28
Глава 3. Методы обследования психически больных (<i>А.А. Марченко, А.В. Лобачев</i>)	37
3.1. Методологические основы диагностики в психиатрии	37
3.2. Клинический (клинико-психопатологический) метод	42
3.3. Стандартизированные методы диагностики психических расстройств	48
3.4. Психофизиологические методы исследования	53
3.5. Электрофизиологические и ультразвуковые методы исследования	59
3.6. Нейровизуализационные методы исследования	63
3.7. Лабораторные методы исследования	65
3.8. Генетические и эпидемиологические методы исследования в психиатрии	72
3.9. Психологические методы исследования	77
Глава 4. Классификация психических расстройств (<i>В.К. Шамрей, А.А. Марченко</i>)	89
4.1. Классификационные подходы в психиатрии	89
4.2. Международные классификации психических расстройств	93
4.3. Отечественная этиопатогенетическая классификация болезней	100
4.4. Перспективы развития психиатрических систематик	102
Глава 5. Основы терапии психических расстройств (<i>В.К. Шамрей, С.А. Зун</i>)	107
5.1. Общие положения	107
5.2. Биологическая терапия	108
5.3. Немедикаментозные методы биологической терапии	120
5.4. Психотерапевтические методы	129

5.5. Медико-психологическая реабилитация психически больных	135
5.6. Неотложные состояния в психиатрии	137

ЧАСТЬ II. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ 141

Глава 6. Общая семиотика психических расстройств

(<i>В.К. Шамрей, В.М. Лыткин</i>)	142
6.1. Понятие психопатологических симптомов и синдромов	142
6.2. Понятие расстройств невротического и психотического уровня	144
6.3. Понятие продуктивных и негативных клинических проявлений	146

Глава 7. Симптомы психических расстройств (*В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, С.А. Зун*)

7.1. Психопатология расстройств восприятия	149
7.2. Психопатология расстройств эмоций	155
7.3. Психопатология расстройств памяти	159
7.4. Психопатология расстройств мышления	163
7.5. Психопатология расстройств внимания	172
7.6. Психопатология расстройств двигательного-волевой сферы	174

Глава 8. Основные психопатологические синдромы (*В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, А.А. Марченко*)

8.1. Синдромы органического поражения головного мозга	178
8.2. Синдромы нарушенного сознания	183
8.3. Галлюцинаторно-бредовые синдромы	194
8.4. Кататонический и гебефренический синдромы	202
8.5. Аффективные синдромы	206
8.6. Невротические синдромы	213

ЧАСТЬ III. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ 227

Глава 9. Органические и симптоматические психические расстройства

(<i>Е.В. Крюков, Е.С. Курасов</i>)	228
9.1. Деменции и умеренное когнитивное расстройство	229
9.2. Психические расстройства при травме головного мозга	233
9.3. Психические расстройства при нейроинфекциях	239
9.4. Эпилепсия	243
9.5. Психические расстройства при соматических заболеваниях	248

Глава 10. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических средств и психоактивных веществ

(<i>А.И. Колчев, В.К. Шамрей, Л.С. Шпилея</i>)	253
10.1. Общая наркология	253
10.2. Частная наркология	263

Глава 11. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (<i>В.М. Лыткин, А.А. Марченко, А.И. Колчев</i>)	287
11.1. Шизофрения, шизоаффективное и шизотипическое расстройства	287
11.2. Острые и хронические бредовые расстройства	304
Глава 12. Аффективные расстройства (<i>Е.С. Курасов</i>)	307
12.1. Биполярное аффективное расстройство	307
12.2. Рекуррентное депрессивное расстройство	316
12.3. Дистимия и циклотимия	321
Глава 13. Невротические и связанные со стрессом расстройства (<i>А.А. Марченко, А.В. Лобачев</i>)	326
13.1. Общие понятия о психогенных расстройствах	326
13.2. Тревожные расстройства	331
13.3. Диссоциативные и конверсионные расстройства	370
13.4. Соматоформные расстройства	377
13.5. Прочие невротические расстройства	382
13.6. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	387
Глава 14. Патологии развития (<i>В.М. Лыткин</i>)	397
14.1. Расстройства личности	397
14.2. Умственная отсталость	408
14.3. Нарушения психологического развития	412
14.4. Расстройства, начинающиеся в детском возрасте	415
ЧАСТЬ IV. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	421
Глава 15. Психическое здоровье и военная служба (<i>В.К. Шамрей</i>)	422
15.1. Общие положения	422
15.2. Медицинские аспекты девиантного поведения военнослужащих	428
15.3. Психическое здоровье и профессиональная надежность военнослужащих	434
15.4. Психическое здоровье и информационно-психологические войны	438
Глава 16. Психические расстройства, обусловленные воздействием военно-профессиональных факторов (<i>В.К. Шамрей, А.И. Колчев</i>)	454
16.1. Общие положения	454
16.2. Боевой стресс и боевая психическая патология	455
16.3. Психические расстройства при боевой хирургической травме	469
16.4. Психические расстройства при воздействии электромагнитных и ионизирующих излучений	473

16.5. Психические расстройства при воздействии вибрации, шума и инфразвука	476
16.6. Особые формы психических расстройств у людей экстремальных профессий	478
Глава 17. Психогигиена и психопрофилактика в Вооруженных Силах Российской Федерации (В.К. Шамрей, В.В. Юсупов)	482
17.1. Общие положения	482
17.2. Профессиональный психологический отбор	482
17.3. Психогигиена и психопрофилактика в условиях военной службы	487
17.4. Организация психогигиенической и психопрофилактической работы в воинской части	490
17.5. Мониторинг психического здоровья военнослужащих	501
Глава 18. Основы военно-врачебной и судебно-психиатрической экспертизы при психических расстройствах (Е.С. Курасов)	505
18.1. Общие положения	505
18.2. Основы военно-врачебной экспертизы при психических расстройствах	506
18.3. Основы судебно-психиатрической экспертизы	510
Глава 19. Особенности организации психиатрической помощи в условиях мирного и военного времени (В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, Р.Н. Лемешкин)	518
19.1. Общие положения	518
19.2. Особенности организации психиатрической помощи в условиях мирного времени	519
19.3. Особенности организации психиатрической помощи в условиях современных войн и вооруженных конфликтов	523
19.4. Особенности организации психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций мирного времени	530
Глава 20. Особенности организации психиатрической помощи в Российской Федерации (Е.С. Курасов)	538
20.1. Общие положения	538
20.2. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения	540
20.3. Скорая психиатрическая помощь	542
20.4. Специализированная психиатрическая помощь	543
20.5. Организация наркологической помощи	552
Список рекомендуемой литературы	556

Приложения	559
<i>Приложение 1. Краткий глоссарий основных психиатрических терминов</i> <i>(В.К. Шамрей)</i>	559
<i>Приложение 2. Принципиальная схема психиатрической истории болезни</i> <i>(А.В. Лобачев)</i>	570
<i>Приложение 3. Лабораторные исследования в психиатрии</i> <i>(А.И. Колчев)</i>	571
<i>Приложение 4. Период обнаружения психоактивных веществ в моче</i> <i>(А.И. Колчев)</i>	574
<i>Приложение 5. Основные группы лекарственных препаратов,</i> <i>используемых в психиатрии (А.И. Колчев)</i>	574
<i>Приложение 6. Соотношение отечественной и международной</i> <i>классификаций психических расстройств</i> <i>(Е.С. Курасов)</i>	577
Предметный указатель	579

*Посвящается 200-летию со дня рождения
основоположника отечественной психиатрии
Ивана Михайловича Балинского*

ВВЕДЕНИЕ

Значительные изменения, произошедшие в последние годы в области здравоохранения и системе высшего образования, существенным образом повлияли на характер психиатрической и медико-психологической помощи населению, в том числе и военнослужащим. Однако, несмотря на очевидные достижения современных нейронаук, в общественном сознании, в том числе среди медицинских работников, до настоящего времени сохраняется устойчивый стереотип настороженного отношения к психиатрии. В немалой степени этому способствовало исторически сложившееся противостояние биомедицинских и психологических моделей психических расстройств, в частности отсутствие наглядных, иконических знаков — симптомов психических нарушений, доступных объективной регистрации с помощью современных инструментальных, лабораторных, генетических и прочих методов.

Военная психиатрия в настоящее время включает в себя различные научные направления, в том числе методы объективизации психической патологии, а также оценки качества психического здоровья военнослужащих и их профессиональной надежности. Особое внимание при этом уделяют психиатрическим аспектам экстремальных видов профессиональной деятельности, спектр которых стремительно растет от работ по освоению Арктики и Южного полюса, морского и космического пространства до специальных задач узких специалистов силовых и иных ведомств. В контексте поставленной руководством Минобороны России задачи поддержания высокой боеготовности и повышения профессиональных качеств личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ) вопросы сохранения и укрепления психического здоровья военнослужащих приобретают особую актуальность.

Влияние новых военно-профессиональных факторов военной службы, нередко запредельных физических и эмоциональных нагрузок увеличивает риск развития психических расстройств у военнослужащих, что требует не только повышения качества диагностической, экспертной и лечебной работы, но и постоянного совершенствования существующих организационных мер профилактической направленности. При этом большинство современных ученых отмечают растущее социальное бремя пограничной психической патологии, и прежде всего невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, а также расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, что определяет важность их раннего выявления медицинской службой воинских частей, в том числе отклоняющегося поведения (аддиктивного, ауто- и гетероагрессивного) и донозологических (предболезненных) форм психической патологии у военнослужащих.

Исходя из необходимости качественной первичной диагностики и принятия своевременных и адекватных клинико-организационных решений

на войсковом этапе, в разделе «Общая психопатология» даны традиционные для отечественной психиатрии и более удобные в практике войскового врача описания основных психопатологических синдромов, несмотря на заметную их «оторванность» от приводимых в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) таксономических единиц. Вместе с тем раздел «Частная психиатрия» содержит описание основных форм психических расстройств с использованием МКБ-10, а также современные диагностические представления, заложенные в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), и в частности новые сведения об этиологии и патогенезе психических расстройств, которые, с нашей точки зрения, позволят снять вышеуказанные противоречия и связать воедино феноменологические особенности психической патологии и передовые достижения современных нейронаук.

При подготовке учебника, наряду с традиционным изложением основных разделов психиатрии (общая психопатология, частная психиатрия), особое внимание было уделено проблемам психического здоровья военнослужащих, использованию современных методов его оценки, мониторинга и коррекции, а также наиболее актуальным вопросам психогигиены и психопрофилактики.

Завершающий раздел учебника посвящен особенностям организации психиатрической помощи военнослужащим в условиях мирного и военного времени, а также организационным аспектам ее оказания гражданскому населению, включая вопросы межведомственного взаимодействия и медико-психологической помощи в условиях катастроф и чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Глава 6

ОБЩАЯ СЕМИОТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

6.1. ПОНЯТИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ

В психиатрии общая психопатология играет ту же роль, которую в других терапевтических дисциплинах выполняет пропедевтика как подготовительный, вводный курс в какую-либо медицинскую дисциплину.

Общая психопатология — это общее учение о психических болезнях. Ее основателем считается В. Гризингер¹. Понимание общей психопатологии как раздела общего учения о болезнях человека признано далеко не всеми. Так, К. Ясперс² считал, что общая психопатология — это отдельная наука, не входящая в общее учение о болезнях, частная психиатрия — это диагностика, а лечение — практика. Как считал выдающийся отечественный психиатр В.П. Осипов, автор фундаментального труда «Курс общего учения о душевных болезнях» (1923), «...изучение и описание процессов больной душевной деятельности составляет содержание и задачу патологической психологии или психопатологии». Соответственно, общая психопатология возникла в результате изучения отдельных психических заболеваний и обобщения полученных при этом данных.

Цель и задачи ее — изучение основных закономерностей психических расстройств, природы типовых психопатологических процессов и их патогенеза (Тиганов А.С., 2016)³. Речь идет о необходимости изучения общих законов формирования психопатологических синдромов и общих законов их динамики с учетом того обстоятельства, что исследование «природы типовых психопатологических процессов» предполагает анализ смены психопатологических состояний с целью установления характера болезни, ее нозологической принадлежности и возможного патогенеза.

Традиционно в рамках общей психопатологии рассматривают основные психопатологические симптомы и синдромы, составляющие начальный (первичный) этап изучения психиатрии («азбуку психиатрии»).

¹ Вильгельм Гризингер (1817–1868) — немецкий психиатр, сформулировал основные принципы естественнонаучного подхода к изучению психических болезней.

² Карл Ясперс (1883–1969) — немецкий психиатр, психолог, философ. Создатель феноменологического направления в психиатрии, автор фундаментальной «Общей психопатологии» (1913), один из создателей философии экзистенциализма.

³ Александр Сергеевич Тиганов (1931–2019) — ученик акад. А.В. Снежневского, автор широкого спектра клинико-биологических исследований в области этиологии, патогенеза и клинических проявлений шизофрении, аффективных заболеваний, психосоматических расстройств и различных видов слабоумия.

При проведении клинического анализа состояния пациента большое значение приобретает такой важный аспект диагностики, как выделение и изучение диагностического значения отдельных клинических признаков, психопатологических симптомов и их связи с патологией — семиотика.

Семиотика (симптоматология, семиология) — учение о признаках и симптомах болезней и патологических состояний. При этом если *признак* — это объективно выявляемое любое болезненное проявление, то *симптом* — объективно и/или субъективно выявляемое болезненное проявление, соотносимое с определенной патологией. Вместе с тем отдельный симптом или признак не является основанием для окончательного диагностического суждения. Их характерное сочетание, как правило, предоставляет возможность сформировать лишь первичный его этап — «синдромальное представление» о психическом расстройстве. Многие из выявляемых симптомов (признаков), в отличие от физиологических, биохимических и других патологических явлений, не регистрируются с помощью современных инструментально-лабораторных методик. Они выявляются исходя из клинической (клинико-психопатологической) оценки психиатра.

В отечественной психопатологии принято выделять симптомы отдельных психических процессов (сфер): восприятия, мышления, памяти, внимания, эмоций, воли и двигательной сферы. Наряду с этим, при описании психического статуса больного оценивают также признаки и симптомы, характеризующие сознание в целом, его внешний вид и поведение, особенности речи и критики своего состояния (осознание, понимание человеком болезненности своих переживаний). Психопатологические симптомы как диагностические категории разделяют на общие и местные, функциональные и органические, благоприятные и неблагоприятные, «стержневые» и транзиторные и т.д.

По аналогии с симптомом и признаком, следует разделять также понятия синдрома и симптомокомплекса. Если *синдром* (от греч. *syndrome* — совместно бегущие) — это типичная совокупность патогенетически родственных симптомов, то *симптомокомплекс* — совокупность симптомов, выявляемых у конкретного больного. Поэтому симптомокомплекс более широкое понятие, которое может включать в себя, помимо типичных (патогенетически родственных) симптомов (характерных для определенного психопатологического синдрома), иные (дополнительные) симптомы и болезненные проявления (психопатологические, соматовегетативные, неврологические и т.д.), имеющие место у того или иного больного.

По мнению А.В. Снежневского¹, психопатологические синдромы искусственно изолируются и абстрагируются, а на самом деле между ними нет непреодолимых границ, каждый синдром выражает лишь один период непрерывного развития болезни.

Следует отметить, что приспособление к измененным условиям жизни (болезни) достигается с помощью стереотипных способов реагирования, так как количество вариантов защитных (саногенетических) и повреждающих (патогенетических) механизмов у мозга человека не безгранично. В ответ на воздействие различных патогенных факторов зачастую возникают однотипные реакции,

¹ Андрей Владимирович Снежневский (1904–1987) — выдающийся отечественный психиатр, активный сторонник мультидисциплинарного метода исследования эндогенных психозов, автор фундаментальных исследований клинической картины шизофрении, течения психозов и закономерностей их патогенеза.

проявляющиеся типичной совокупностью признаков и симптомов, то есть синдромом. Поэтому те или иные синдромы как этап болезненного процесса могут быть относительно одинаковыми при разных заболеваниях и различными при одних и тех же заболеваниях.

Для понимания психопатологической структуры синдромов необходимо выделять симптомы обязательные (ведущие) и дополнительные (факультативные). *Обязательные* (ведущие) симптомы характеризует их принадлежность к определенному психопатологическому синдрому или группе синдромов. Именно они позволяют выделить из общей группы синдромов наиболее типичный его вариант. Например, ведущий симптом — витальная тоска — позволяет отнести феномен психического расстройства к группе депрессивных синдромов, а обязательные симптомы — двигательная и интеллектуальная заторможенность — отнести к классическому варианту депрессивного синдрома.

К *дополнительным* симптомам относят те из них, которые, как правило, встречаются в рамках данного синдрома, но могут и отсутствовать. Например, при депрессивном синдроме могут присутствовать или отсутствовать депрессивные бредовые идеи самообвинения, виновности, греховности, суицидальные мысли и действия. Факультативные симптомы минимально связаны с патогенезом синдрома, но могут отражать его патопластические особенности, преморбидные, конституциональные факторы и так далее (так называемые почвы). Например, при депрессивном синдроме в качестве факультативных симптомов могут наблюдаться фобии, obsessions, бред и др.

По мере развития психического расстройства наблюдается, как правило, специфическая *динамика психопатологических синдромов* — из простых (малых) в сложные (большие), что отражает их *синдромокинез*, а также последовательную смену одних синдромов другими — *синдромотаксис*.

Примером простого (малого) синдрома служит астенический синдром, проявляющийся сочетанием раздражительности и утомляемости. Обычно простые синдромы не обладают специфичностью и являются проявлением самых различных заболеваний — от относительно мягких (расстройства адаптации — РА) до грубых (органическое амнестическое расстройство). Если простой синдром представляет собой только инициальное проявление тяжелого заболевания, с течением времени можно наблюдать его усложнение, например присоединение более грубых клинических проявлений в виде бреда, галлюцинаций, выраженных изменений личности, то есть формирование сложного (большого) синдрома.

Каждый вариант синдромотаксиса (определенной смены синдромов в процессе заболевания) отражает стереотип развития психического расстройства и несет в себе важную информацию для врача-специалиста, позволяя реконструировать прошлое и прогнозировать будущее психопатологическое состояние больного.

6.2. ПОНЯТИЕ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО И ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

В психиатрической практике традиционно проводилось деление наблюдаемых психопатологических проявлений по дихотомическому принципу на расстройства *невротического* уровня — неврозы и неврозоподобные состояния

и расстройства *психотического* уровня — психозы. Граница между данными уровнями условна, но тем не менее такое разделение позволяет принципиально по-разному относиться к психически больным с лечебной и организационно-эвакуационной точек зрения.

Невротические и неврозоподобные расстройства, как правило, характеризуются мягкостью и сглаженностью клинических проявлений. Пациенты с психическими нарушениями невротического уровня обычно воспринимают окружающий мир практически так же, как и здоровые люди. Нередко это помогает им самим понять, что их недомогание — признак болезни. Если у такого пациента и возникают какие-либо странные и необычные мысли, то он, как правило, осознает их болезненный характер. Поэтому пациент с невротическими расстройствами может, с одной стороны, скрывать от окружающих свои клинические проявления, опасаясь, что они дискредитируют его, а с другой стороны, стремиться избавиться от болезни, обращаясь к врачу, когда собственные усилия безуспешны. При этом нужно понимать, что некоторые феномены, рассматриваемые как невротические, нередко встречаются у совершенно здоровых людей. Но если у здорового человека эти проявления возникают эпизодически и никак не влияют на общую адаптацию, то при психических расстройствах они могут приобретать устойчивый характер, преобразая всю жизнь пациента, вплоть до отдельных случаях, до инвалидизации.

На психотический уровень расстройств указывают грубые нарушения в восприятии и осмыслении реальности (бред, галлюцинации, помрачение сознания), отсутствие осознания болезни (нарушение критики), неправильное поведение, вплоть до нелепых и опасных действий (психомоторное возбуждение, склонность к агрессии, суицидальные поступки, отказ от помощи врача). Появление столь грубых клинических проявлений приводит к выраженной дезадаптации пациента, что является безусловным признаком болезни.

Понятия невротического и психотического уровня не связаны с каким-либо определенным заболеванием. Более того, при одной и той же болезни состояние человека в разные периоды времени описывается иногда как невротическое или психотическое. Так, заболевание, дебютировавшее проявлениями невротического уровня (неврозоподобными клиническими проявлениями), может прогрессировать и переходить в психоз (переход метафизической интоксикации в параноидные проявления при шизофрении, диссоциативные расстройства у личностей с истерическими проявлениями и т.д.). Своевременное и адекватное лечение может оборвать психоз и привести к тому, что клинические проявления невротического уровня станут ведущими. В некоторых случаях клинические проявления в течение всей жизни больного никогда не выходят за рамки невротического уровня (собственно невротические расстройства, аффективные расстройства в циклотимическом варианте, шизотипическое расстройство и т.д.).

Э. Крепелином¹ в первые десятилетия прошлого века было создано *учение о регистрах психопатологических расстройств*. Наиболее важные

¹ Эмиль Крепелин (1856–1926) — немецкий психиатр, классик мировой психиатрии, активный сторонник нозологического подхода, автор нозологической концепции «раннего слабоумия».

психопатологические синдромы Э. Крепелин разделил по степени тяжести на три группы. К первой, наиболее легкой, группе относилось пять синдромов: истерический, импульсивный, эмоциональный, параноидный, делириозный; к средней группе — два синдрома: шизофренический и вербально-галлюцинаторный; к третьей, наиболее тяжелой, группе — три синдрома: эпилептический, олигофренический и дементный.

По мнению Э. Крепелина, синдромы одного регистра могут комбинироваться как между собой, так и с синдромами других уровней. Хотя синдромы и неспецифичны, они имеют тенденцию предпочтительного возникновения при различных болезнях.

А.С. Тиганов (2016) указывает, что введенное Э. Крепелином понятие «регистров» до сих пор используется в клинической практике, хотя и ограничивает их четырьмя видами: невротический (неврозоподобный), аффективный, галлюцинаторно-параноидный и кататонический. При этом остаются правомерными взгляды Г. Шуле (1880), утверждавшего, что каждый психопатологический синдром отражает различную глубину и различный объем поражения психической деятельности. Согласно этому представлению, разные виды психопатологических расстройств отражают действительно разную степень повреждения психической деятельности больного.

6.3. ПОНЯТИЕ ПРОДУКТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Представления о продуктивных и негативных расстройствах являются одними из основополагающих понятий психиатрии.

Продуктивные клинические проявления (позитивные клинические проявления, плюс-симптомы) — это новые болезненные феномены, некая новая функция, появившаяся в результате болезни, отсутствующая у здоровых людей. Примерами продуктивных клинических проявлений служат бред и галлюцинации, эпилептиформные пароксизмы, навязчивые идеи, чувство витальной тоски при депрессии.

Негативные клинические проявления (непродуктивные клинические проявления, дефекты, минус-симптомы) — это некий ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, или исчезновение какой-либо способности. Примерами негативных клинических проявлений являются утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), неспособность испытывать эмоциональные переживания (апатия).

Выделение данных понятий принадлежит шотландскому невропатологу Дж.Х. Джексону¹, считавшему, что негативные клинические проявления обусловлены деструкцией или временным бездействием клеток мозга, а продуктивные — это проявление патологической активности живых клеток и тканей, окружающих болезненный очаг.

В современной психиатрии понятия негативных и продуктивных клинических проявлений применяют не только по отношению к очаговым, но и ко всем другим

¹ Джон Джексон (1835–1911) — английский невролог, автор теории функциональной иерархии (эволюции и диссолюции) психической деятельности.

поражениям мозга. Продуктивные клинические проявления, как правило, весьма динамичны, могут резко нарастать при обострении заболевания и достаточно быстро редуцироваться под воздействием адекватного лечения или иногда без него. При этом продуктивные клинические проявления менее специфичны, чем негативные, и могут быть сходными при нескольких различных заболеваниях.

Негативные клинические проявления, как правило, менее обратимы и очень плохо поддаются терапии. По выраженности негативных симптомов в ряде случаев можно сделать вывод о длительности заболевания и глубине поражения психики. Однако в клинической практике наблюдаются и редкие случаи обратного развития некоторых негативных симптомов. Например, такую тенденцию имеет утрата способности к запоминанию при корсаковском синдроме. Это может объясняться тем, что утрата функции необязательно происходит из-за гибели мозговых структур, выполняющих эту роль, в некоторых случаях дефект обусловлен их временным бездействием.

Так, при острых психозах больные теряют способность правильно считать и решать логические задачи, однако позже эта способность восстанавливается. Поэтому глубину и тяжесть негативных клинических проявлений следует оценивать только после того, как минует острый приступ болезни. Тем не менее, в большинстве случаев негативные симптомы стойкие и малообратимые. При этом характер негативных клинических проявлений достаточно специфичен и играет существенную роль в диагностике ряда психических расстройств, прежде всего шизофрении, эпилепсии и атрофических процессов.

Опираясь на представления А.В. Снежневского (1904 — 1987) о соотношении психопатологических синдромов в клинической синдромологии в зависимости от степени выраженности психопатологических клинических проявлений, выделены основные группы психопатологических синдромов — от наиболее тяжелых и глубоких расстройств (органического поражения головного мозга, нарушенного сознания, галлюцинаторно-бредовых) к менее выраженным, приближающимся к психической норме (невротических, аффективных, эмоционально-гиперэстетических). Модель соотношения позитивных и негативных синдромов А.В. Снежневским представлена в виде девяти кругов (слоев) психопатологических расстройств, включенных друг в друга (**рис. 6.1 и 6.2**).

Отчетливое разделение симптомов на продуктивные и негативные возможно не всегда. Так, разорванность при шизофрении в форме обильной бессмысленной речи может рассматриваться и как признак продукции (увеличивается количество и изменяется качество ассоциативных связей), и как дефект (утрачивается способность мыслить целенаправленно).

При некоторых состояниях негативные и продуктивные клинические проявления тесно взаимосвязаны между собой. Например, при синдроме Корсакова выпадение из памяти значительных периодов жизни больного и снижение критики (негативные клинические проявления) ведут к заполнению образовавшихся пробелов конфабуляторными вымыслами и фантазиями (продуктивные клинические проявления).

До последнего времени большинство психотропных препаратов разрабатывали преимущественно для лечения продуктивных клинических проявлений. Современная ПФТ, особенно в части разработки новых нейрорептиков,

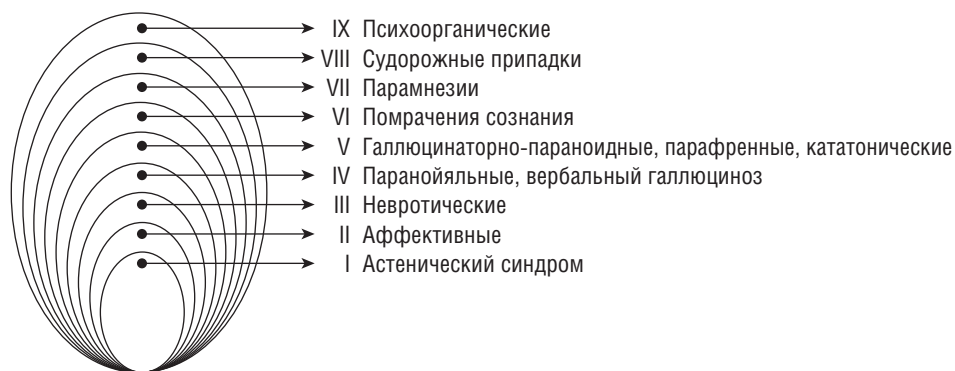


Рис. 6.1. Соотношение продуктивных психопатологических синдромов. Позитивные (продуктивные) синдромы — центральное место занимает астенический синдром (эмоционально-гиперэстетические нарушения), присущий всем болезням (I). Затем, по степени нарастания их тяжести: аффективные (депрессивные, маниакальные, смешанные) (II); невротические (навязчивые, истерические, деперсонализационные, сенестопатически-ипохондрические) (III); паранойяльные, вербальный галлюциноз (IV); галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические (V); помрачения сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние) (VI); парамнезии (VII); судорожные припадки (VIII) и психоорганические (IX) синдромы



Рис. 6.2. Соотношение негативных психопатологических синдромов. Негативные синдромы — в порядке нарастания их тяжести включают в себя: истощаемость психической деятельности (I), субъективно и объективно осознаваемые изменения «Я» (II–III), дисгармонию личности (IV), снижение энергетического потенциала (V), снижение уровня и регресс личности (VI–VII), амнестические расстройства (VIII), тотальное слабоумие и психический маразм (IX)

направлена на поиск лекарств, нацеленных прежде всего на негативные клинические проявления, поскольку после редукции продуктивных симптомов негативные клинические проявления продолжают оказывать существенное отрицательное влияние на качество жизни больных.

Контрольные вопросы к главе 6

1. Перечислите основные различия расстройств пограничного и психотического уровней.
2. В чем заключается неблагоприятная прогностическая значимость негативных клинических проявлений?