

РЕДАКТОРЫ-СОСТАВИТЕЛИ:

К.П. Кискер, Г. Фрайбергер,
Г.К. Розе, Э. Вульф



СИХИАТРИЯ СИХОСОМАТИКА СИХОТЕРАПИЯ

АВТОРЫ: М. Бауэр, Г. Фрайбергер, Г. Газельбек, Г. Гофер, К.П. Кискер, Г. Крюгер,
Д. Лангер, В. Махлейдт, Х. Отте, М. Рихартц, Х. Роде-Дахсер, Г.К. Розе,
Р. Шмидт, М. Вернадо, Э. Вульф



OSK
SM
GROUP

**Herausgegeben von
K.P. Kisker, H. Freyberger,
H.K. Rose, E. Wulff**

PSYCHIATRIE PSYCHOSOMATIK PSYCHOTHERAPIE

Mit Beiträgen von

**M. Bauer, H. Freyberger, H. Haselbeck,
G. Hofer, K.P. Kisker, H. Krüger, D. Langer,
W. Machleidt, H. Otte, M. Richartz, C. Rohde-Dachser,
H.K. Rose, R. Schmidt, M. Wernado, E. Wulff**

5. überarbeitete Auflage

Редакторы-составители:
К.П. Кискер, Г. Фрайбергер,
Г.К. Розе, Э. Вульф

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОСОМАТИКА ПСИХОТЕРАПИЯ

Авторы:
М. Бауэр, Г. Фрайбергер, Г. Газельбек,
Г. Гофер, К.П. Кискер, Г. Крюгер, Д. Лангер,
В. Махлейдт, Х. Отте, М. Рихартц, Х. Роде-Дахсер,
Г.К. Розе, Р. Шмидт, М. Вернадо, Э. Вульф

Перевод с немецкого
И.Я. Саложниковой, Э.Л. Гушанского

АЛТЕЙА
Москва
1999

УДК 616.89
ББК 56.14
П86

Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, П86 Г.К. Розе, Э. Вульф / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского. — М.: Алетей, 1999. — 504 с.: ил. — (Гуманистическая психиатрия).
ISBN 5-89321-029-8

Предлагаемое читателю руководство расширяет представления о глубинно-психологических корнях психических расстройств и механизмах психологического развития. Современные представления о психосоматических расстройствах и психотерапевтических подходах к лечению психических нарушений, изложенные в книге, служат целям гуманизации современной психиатрии и акцентируют внимание на личностных особенностях каждого пациента.

В книге уделяется большое внимание актуальным для российского читателя проблемам организации психиатрической помощи и психиатрического консультирования. Значительное место в руководстве занимают правовые и социальные аспекты при оказании психиатрической помощи.

Облегчает понимание изложенных в руководстве вопросов то обстоятельство, что авторы придерживаются более привычной для русского читателя Международной классификации болезней 9-го пересмотра (МКБ-9), подготавливая его к восприятию МКБ-10.

В связи с тем, что ряд применяемых в Германии лекарственных средств не представлен в России, их название приводится в латинской или немецкой транскрипции.

Книга предназначена для психиатров, психотерапевтов, медицинских работников других специальностей и психологов.

УДК 616.89
ББК 56.14

ISBN 3-13-495605-5

© Georg Thieme Verlag, 1973, 1991

© Перевод. Сапожникова И.Я.,
Гушанский Э.Л., 1999

© Издательство «Алетей», 1999

ISBN 5-89321-029-8

Оглавление

Предисловие к 5-му изданию	15
Об авторах	17

1. ИСТОРИЯ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА

1. Социальная история психиатрии (М. Рихарти)	19
Общие соображения	19
Доисторические времена и античный период	21
Средневековые	22
Новое время	23
2. Эпидемиология психических расстройств (Э. Вульф)	28
Способ получения информации	28
Основные понятия	29
«Айсберг» в психологической медицине	29
Цель эпидемиологических исследований	30
Эпидемиологические свойства психических заболеваний	30
Техника сбора данных	31
Результаты психиатрической эпидемиологии	32
Эпидемиология отдельных психических заболеваний	33
3. Социальные и культурные взаимосвязи (Э. Вульф)	35
Каким образом воздействуют социальные факторы?	35
Распределение причинных факторов психических расстройств	36

Культуральные аспекты психических расстройств	36
Выводы	38
4. Переработка и следствия экстремальных ситуаций (социальная изоляция, арест, террор, психоэндокринная) (К.П. Кискер)	39
5. Психиатрическое обследование, диагностика, классификация (М. Бауэр)	43
Психиатрическое обследование	43
Психическое состояние	47
Оценка состояния по результатам психологического тестирования	48
Соматическое обследование	48
Психиатрический диагноз	49
Классификация	49

II. ПСИХИАТРИЯ ПЕРИОДА РАЗВИТИЯ

6. Фазы развития и кризы созревания (М. Рихарти)	52
Введение	53
Первый год жизни	54
2–4 годы жизни	55
5–6 годы жизни	56
7–12 годы жизни	57
12–18 годы жизни	57
7. Синдромы депривации и психопатология дефицитарности в раннем детском возрасте (М. Рихарти)	59
Дефицитарные проявления на первом году жизни	59
Анаклитическая депрессия	60
Аутоэротическое поведение	61
Энурез и энкопрез	62
Хронические запоры в детском возрасте	63
Нарушения разговорной речи	63
Синдромы тиков	64
Расстройства сна	65
Неврозы навязчивостей и истерии	65
8. Аутистические, психотипные и депрессивные синдромы в детском и подростковом возрасте (М. Рихарти)	66
Введение	66
Аутистические синдромы в детском возрасте	67
Психотипные синдромы	69
Депрессивные синдромы	71
9. Психические расстройства при органических поражениях головного мозга в детском и подростковом возрасте (В. Махлейдт)	73
Клинические картины болезней	74
Лечение ребенка с поражением головного мозга	79
10. Пубертатный и подростковый кризы (М. Рихарти)	81
11. Социальная запущенность и заброшенность детей и подростков (М. Бауэр)	85
Определение	86
Этио-патогенетические представления	87
Социальное значение	88
Терапия	88

III. НЕВРОЗЫ И ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

12. Психодинамика неврозов и личностных расстройств (Х. Руде-Дахсер)	90
Трехинстанционная модель психоанализа	91
Защитные механизмы	92
Психоаналитическое учение о развитии	93
Патогенез неврозов с психодинамической точки зрения	97
Определение неврозов	98
Дифференциальный диагноз	98
13. Клиника неврозов (Х. Руде-Дахсер)	100
Классификация невротических расстройств	100
Соматоформные расстройства	100
Диссоциативные расстройства	104
Невротически обусловленный синдром страха	105
Невротическая депрессия	109
14. Клиника личностных расстройств (Х. Руде-Дахсер)	111
Определение понятия	111
Классификация личностных расстройств	111
Параноидные, шизоидные и шизотипические личностные расстройства	112
Истерические («истероидные»), нарциссические, антисоциальные и пограничные личностные расстройства	112
Подчиняемые (зависимые), навязчивые и пассивно-агрессивные личностные расстройства	114
Психотерапия и психотерапевтический прогноз	115

IV. ПСИХОСОМАТИКА: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

15. Общая психосоматика (Г. Фрайбергер, Х. Отте)	117
Определение	117
Тенденции возникновения и течения психосоматических расстройств	118
16. Частная психосоматика (Г. Фрайбергер)	123
Расстройства желудочно-кишечного тракта	124
Психогенные нарушения питания	126
Нарушения функции дыхания	129
Нарушения сердечной функции	130

V. ПСИХОТЕРАПИЯ

17. Показания и прогноз при психотерапии (Х. Руде-Дахсер)	134
Определение понятия	134
Прогностические критерии	134
Классификация и дифференцированные показания для применения различных психотерапевтических методов	135
18. Психоаналитическая терапия (Х. Руде-Дахсер)	137
Психоаналитически ориентированные психотерапевтические методы	137
Показания и противопоказания психоаналитически ориентированных методов психотерапии	141
19. Специальные психотерапевтические показания для психосоматических пациентов (Г. Фрайбергер, Х. Отте)	142

Четырехступенчатая психодинамически ориентированная психотерапия	142
Стационарная психотерапия	144
20. Методы лечения, не ориентированные на психоанализ (Х. Отте)	146
Поведенческая терапия	146
Гуманистические психотерапевтические способы лечения	149
21. Системная (семейная и связанная с парными взаимоотношениями) психотерапия (Г. Фрайбергер)	157

VI. ПСИХОСОМАТИКА: СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

22. Вторичные психические изменения (Г. Фрайбергер)	159
Феноменология и психодинамика	159
Клинико-психосоматические примеры	160
23. Клинико-психосоматическое консультирование и принципы взаимоотношений (Г. Фрайбергер)	163
Определяющие установки	163
Психотерапия	164
Приложение. Проблемные пациенты и междисциплинарные объединения	165

VII. СЕКСУАЛЬНОСТЬ

24. Психологическая сексуальная медицина (Д. Лангер)	167
Определение	167
Сексуальность как психологический процесс: сексуальное желание, возбуждение, оргазм, удовлетворение	168
Сексуальность в биографии	169
Сексуальность и соматическая медицина	170
25. Сексуальные проблемы и расстройства (Д. Лангер)	173
Определяющие понятия и классификация	173
Частота заболеваний	174
Сексуальные различия между мужчинами и женщинами	175
Типичные виды нарушений взаимосвязи	176
Расстройства у мужчин	176
Расстройства у женщин	177
26. Причины и терапия сексуальных расстройств (Д. Лангер)	179
Возможности сексуального консультирования	180
Причины сексуальных функциональных расстройств	181
Терапия сексуальных расстройств	183
27. Сексуальные деликты, сексуальные девиации, транссексуальность (Д. Лангер)	185
Психодинамика перверсий	186
Сексуальные правонарушения	187
Садизм и мазохизм	188
Фетишизм и трансвестизм	189
Транссексуальность	190

VIII. ЗАВИСИМОСТИ

28. Болезни зависимости: сущность и причины (Р. Шмидт)	192
Наркомания, зависимость, злоупотребление	193

Виды (классы) психотропных субстанций	195
Условия возникновения зависимости	195
Человек — наркотик — окружение	196
Распространенность зависимостей	197
Последствия злоупотребления и зависимости от потребления психотропных веществ	198
Лечение зависимостей	200
Профилактические (превентивные) мероприятия	203
29. Злоупотребление алкоголем — алкогольная зависимость (М. Вернадо)	204
Диагноз	204
Вместо психодинамики	206
Психиатрические последствия алкогольной зависимости	207
Путь к психотерапии	211
30. Злоупотребление медикаментами — медикаментозная зависимость (М. Вернадо)	213
Руководящие указания	213
Правила обращения с психотропными препаратами.	214
Диагноз	214
Медикаменты в контексте зависимости и злоупотребления	215
Болезненные последствия злоупотребления медикаментами и медикаментозной зависимости	217
Терапия и прогноз	217
31. Злоупотребление наркотиками — наркотическая зависимость (М. Вернадо)	218
Определение понятия	218
Злоупотребление и зависимость при различных типах наркотиков	219
Лечение наркоманов	222
Множественное злоупотребление и зависимость	223
Линия поведения в общении с наркоманами	223
Злоупотребление и зависимость от так называемых ядов, вызывающих удовольствие	224
Нарушения влечений, не связанные с субстанцией	224

IX. КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПОМОЩЬ ПРИ НИХ

32. Суицидальность (В. Махлейдт)	226
Главный вопрос	226
Терапевтическое сопровождение суицидентов	227
Структура мотивов суицидального поведения	228
Самоубийство и убийство	229
Просвещение, профилактика, раннее распознавание	229
Кто относится к группе риска?	230
Частота	231
Суицид и судебное разбирательство	232
33. Психиатр — консультант и сотрудник (В. Махлейдт)	233
О философии консультирующей и сотрудничающей психиатрии	234
О терапевтическом самопонимании психиатрической консультации и сотрудничества	234
Процесс консультирования	235
Пациент, хирург и психиатр	237

Подход к умирающим	238
Боль и лечение боли	240
34. Помощь при кризисных состояниях и психиатрический экстренный случай (<i>В. Махлейдт</i>)	241
Психотерапия при кризисных состояниях	241
Первая помощь при психиатрических неотложных случаях	242
Непереносимость и явления интоксикации при медикаментозной терапии	248
Х. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОРАЖЕНИЕМ МОЗГА	
35. Умственная отсталость (олигофрения) (Г. Гофер)	250
Определение и классификация	250
Формы олигофрений	252
Дифференциально-диагностические замечания	253
36. Генетически обусловленные формы слабоумия (Г. Гофер)	255
Нарушения обмена веществ и слабоумие	255
Хромосомные аномалии и слабоумие	257
37. Психопатология острых и хронических заболеваний головного мозга (<i>К.П. Кискер</i>)	259
Острые психоорганические синдромы	260
Хронический психоорганический синдром	263
Локально-мозговые психосиндромы	264
Терапия	265
38. Психические расстройства после травм и инфекционных поражений головного мозга (К.П. Кискер)	265
Сотрясение мозга и ушиб мозга (нейроанатомические и неврологические признаки заболевания описаны в рамках хирургии и неврологии)	266
Психические расстройства вследствие инфекционных поражений мозга	267
39. Метаболические, эндокринные и послеоперационные психические расстройства (К.П. Кискер)	270
Эндокринный психосиндром	271
Психотические расстройства после операций и вследствие интенсивной терапии (диализ и др.)	272
Терапия	273
40. Психозы при беременности и в послеродовом периоде (Г. Крюгер)	273
Психология беременности и послеродового периода	274
Душевные расстройства во время беременности	274
Душевные расстройства в послеродовом периоде	275
41. Психические расстройства при эпилепсии — эпилепсия как психическое расстройство (В. Махлейдт)	278
Классификация эпилептических припадков	279
Эпидемиология	279
Этиология	279
Личность больных эпилепсией	280
Расстройства настроения	281

Участие влечений в самопровоцировании эпилептических припадков	281
Психозы при эпилепсии	281
Психодинамическое понимание эпилепсии	283
Эмансипированное лечение больных эпилепсией	283

XI. ПСИХИАТРИЯ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

42. О психическом и социальном состоянии стареющих людей	
(геронтопсихиатрия) (Г.К. Розе)	286
Введение	286
Теории процесса старения	287
Автопортрет — портрет	288
Частота психических расстройств в старости	289
Самостоятельность геронтопсихиатрии?	290
Психологические аспекты старения	291
Общая психопатология старения	293
43. Органически обусловленные старческие психозы (Г.К. Розе)	297
Классификация психических расстройств в старческом возрасте	298
Органически обусловленные старческие психозы	298
44. Психические заболевания старческого возраста с преимущественно	
неорганической клинической картиной (Г.К. Розе)	304
Введение	305
Клинические картины	305
45. Психиатрическая терапия при психических заболеваниях в старости (Г.К. Розе) ...	311
Психиатрический план лечения	311
Лечение психофармакологическими препаратами в старости	312
Психо- и социотерапия	317
Семейная терапия	318
Правовые нормы	319

XII. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

46. Депрессивные синдромы (Г.К. Розе)	320
Определение понятия и классификация	320
Диагностика	323
Частота депрессивных заболеваний	324
Возникновение депрессий	325
47. Депрессивные реакции и личности (Г.К. Розе)	328
Определение понятия и классификация	328
Депрессивные реакции	329
Депрессия истощения	330
Депрессивные личности	330
Невротическая депрессия	331
48. Эндогенные депрессии (Г.К. Розе)	335
Определение понятия	335
Клиническая картина и симптоматика	336
Заболеваемость, течение, прогноз	338

Предрасположение, причины, пусковые механизмы	340
Наследственность	340
Высвобождающие факторы	341
Диагноз и дифференциальный диагноз	343
Другие формы психотической депрессии	343
49. Терапия депрессивных заболеваний (Г.К. Розе)	344
Интегративный терапевтический план	344
Соматическое лечение и фармакотерапия	345
Психотерапевтический подход к депрессивному больному	352
50. Маниакальные синдромы (Г.К. Розе)	356
Определение понятия	357
Симптоматика	357
Диагноз и дифференциальный диагноз	359
Терапия	359

ХIII. ШИЗОФРЕНИИ

51. Симптоматика и течение шизофренических заболеваний (М. Бауэр)	360
Симптоматология шизофренических заболеваний	360
Дифференциальнодиагностические соображения	363
Формы шизофрении (клинические типы)	364
Течение шизофренических заболеваний	365
52. Этиология и патогенез шизофренических заболеваний (М. Бауэр)	367
Соматические факторы	367
Наследственные факторы	368
Семейнодинамические аспекты	368
Шизофрения как нарушение обработки информации	369
Факторы, играющие роль пусковых механизмов шизофрении	370
53. Терапия шизофренических заболеваний (М. Бауэр)	372
Социотерапия	372
Соматические терапевтические методы — фармакотерапия с помощью нейролептиков	373

ХIV. ПОМОЩЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

54. Стратегия помощи психически больным (Г. Газельбек)	380
Определение понятия и представление о целях	380
Потребность — нуждаемость в лечебной помощи и удовлетворение спроса	381
Обзор ситуации	383
Новые положения	385
Следствие: психиатрическое объединение на территории общины	389
55. Психиатрические службы и учреждения (Г. Газельбек)	390
Вводные замечания	390
Амбулаторные службы	391
Вспомогательные службы	395
Полустационарные учреждения	398
Стационарные учреждения	399

56. Терапевтические сообщества (Э. Вульф)	401
57. Реабилитация и социотерапия (Г. Газельбек)	405
Определение понятий и классификация	406
Цель реабилитации	407
Как осуществляется реабилитация?	407
Социотерапия	409

58. Психиатрическая специализация и повышение квалификации в психиатрии (Г. Газельбек)	411
Области медицинской психиатрической деятельности	412
Области немедицинской деятельности в психиатрии	419

XV. ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

59. Психиатрические заключения, касающиеся наказания и недобровольной госпитализации (Г. Крюгер)	423
Заключения и задачи медицинского эксперта	423
Невменяемость и уменьшенная вменяемость	424
Юношеское судебное законодательство	426
Направление психически больных в закрытые психиатрические учреждения	427

60. Психиатрическая экспертиза в гражданском праве. Страхование и правовые положения, связанные со страхованием и возмещением ущерба (Г. Крюгер)	428
Гражданское право	428
Социальное право	431
Право на денежную компенсацию	432

61. Виды социальной помощи психически больным (М. Бауэр)	433
Система социального обеспечения в ФРГ	433
Федеральный закон о социальной помощи (BSHG, 1962, 1983)	433
Другие законы	435
Закон о структурной реформе здравоохранения (Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen, SGB V, 1988)	439
Обязанности трудовых инструкторов по консультированию	439

Приложение 1. Психиатрия и право (М. Бауэр)	441

Психиатрическая экспертиза и лечение в соответствии с Законом об опеке и земельными законами о недобровольной госпитализации или психиатрическим законодательством федеративных земель (LUG's/PsychKG's)	441
Общие аспекты	441
Экспертиза и лечение в соответствии с правом на социальную помощь (§ 1896 Гражданского кодекса, Bürgerliches Gesetzbuch, BGB)	443
Госпитализация и лечение в соответствии с земельным психиатрическим законодательством	445
Комментарий	446
Вопросы к разделу	447

Психиатрическая экспертиза в уголовном праве, включая порядок недобровольной госпитализации и исполнения принудительного лечения	448
Законные основания	448
Двухступенчатый процесс	449

Четыре вводных признака	449
Экспертиза уголовных деяний в подростковом возрасте	450
Недобровольная госпитализация в психиатрическую больницу (§ 63 Уголовного кодекса) или другое исправительное (связанное с лишением свободы) лечебное учреждение для больных с нарушением влечений	452
Комментарий	453
Вопросы к разделу	453
Психиатрическая экспертиза в рамках гражданского и социального права	454
Государственные правовые установления в гражданском процессе, имеющие важное значение для врача	454
Важнейшие правовые установления в социальном праве	456
Транспортная психиатрия	458
Комментарий	459
Вопросы к разделу	459
Виды социальной помощи психически больным	460
Исторически сложившиеся сети социальной защиты	460
Виды деятельности, имеющие значение для психически больных и инвалидов	463
Комментарий	465
Вопросы к разделу	465
Приложение 2. Вопросы и ответы для контроля усвоения материала	466
Предметный указатель	494

Предисловие к 5-му изданию

Эта книга является введением в психиатрию, психосоматику и психотерапию. В своем дидактическом и фактологическом построении ее тексты ограничены тремя тесно взаимосвязанными областями «психологической медицины». В центре внимания находится ПРАКТИКА, т. е. лечение психически и психосоматически больных. С помощью этой книги мы бы хотели, в первую очередь, обучить студентов, будущих врачей общей медицинской практики, некоторым навыкам в области психиатрии и психосоматики после врачебной апробации с учетом требований предметного каталога.

Свободно практикующему врачу или врачу, работающему в клинике, мы хотели бы предоставить доступ в современную психиатрию и психосоматику, особо подчеркнув их общественно-культурные и психо-социотерапевтические возможности. Вступающему на поприще психиатрии ассистенту-врачу и клиническому психологу здесь дается базисная информация, которая введет его в курс диагностики и лечебной практики в психиатрическом и психотерапевтическом спектре.

Мы считаем, что предлагаемые тексты могут сослужить добрую службу для студентов-психологов, которые ориентируются на работу в клинике, а также для учащихся других профессиональных групп (социологов, педагогов, инструкторов по психотерапии, персонала, занятого уходом за больными), ищущих помощи для ориентировки в практической психиатрии (психосоматике).

Авторов этой книги объединяла и объединяет многолетняя педагогическая или практическая совместная работа. Это положительно отразилось на многообразии фактов, тем и перспектив, представленных в книге.

Краткое изложение целей обучения, ссылки на литературные источники и классификация ВОЗ МКБ 9-го пересмотра и DSM III, а также приложение в форме

вопросов и ответов для контроля изучения помогают систематизированному усвоению сложного медико-психологического материала.

Мы благодарим издательство «Thieme» за постоянную поддержку этого образовательного мероприятия, которое вывело книгу за рамки учебника классического типа, сделав ее современным практическим руководством.

Подготовку этой книги к печати осуществила госпожа Н. Schwamberger.

Ганновер, весна 1991 г.

К.П. Кискер,

Г. Фрайбергер,

Г.К. Розе,

Э. Вульф

Об авторах

Бауэр Манфред. Проф., д-р медицины.

Главный врач психиатрической клиники. Городские клиники, Штаркенбургринг 66, 6050 Оффенбах-на-Майне.

Фрайбергер Гельмут. Проф., д-р медицины.

Руководитель отделения психосоматики Высшей медицинской школы Ганновера. Ул. Константи-Гутшов 8, 3000 Ганновер 61.

Газельбек Гельмут. Приват-доцент, д-р медицины.

Ведущий врач II психиатрии Центральной больницы Бремен-ост. Цюрихская ул. 40, 2800 Бремен 44.

Гофер Гюнтер. Проф., д-р медицины.

Кискер Карл Петер. Проф., д-р медицины, д-р философии.

Руководитель отделения клинической психиатрии Высшей медицинской школы Ганновера. Ул. Константи-Гутшов 8, 3000 Ганновер 61.

Крюгер Гельмут. Проф., д-р медицины.

Ведущий врач психиатрического отделения городской больницы. Ул. Болардус 20, 2970 Эмден.

Лангер Дитер. Проф., д-р медицины. Дипл. психиатр.

Руководитель отдела клинической психологии Высшей медицинской школы Ганновера. Ул. Константи-Гутшов 8, 3000 Ганновер 61.

Махлейдт Вилант. Проф., д-р медицины.

Клиника и поликлиника неврологии и психиатрии университета в Кельне — психиатрия. Ул Йозефа Штельцмана 9, 5000 Кельн 41 (Линденталь).

Отте Хилька. Д-р философии. Дипл. психиатр.

Реттгенвег 4, 3012 Лангенхаген.

Рихартц Марк. Проф., д-р медицины.

Ординарный профессор клинической психиатрии королевского университета Лимбург. Блекери 56, Нидерланды — Маастрихт.

Роде-Дахсер Христа. Проф., д-р биологии человека.

Институт психоанализа университета во Франкфурте. Зенкенберганлаге 15, 6000 Франкфурт-на-Майне 11.

Розе Ганс. К. Проф., д-р медицины.

Медицинский директор евангелического благотворительного учреждения Танненхоф, клиника нервных болезней Ремшайд. Ул. Ремшайд 76, 5630 Ремшайд 11.

Шмидт Рольф. Д-р биологии человека. Дипл. психиатр.

Отдел клинической психологии Высшей медицинской школы Ганновера. Ул. Константи-Гутшов 8, 3000 Ганновер 61.

Вернадо Марио. Д-р медицины.

Ведущий врач специализированной клиники Фредебург. Ул. «У трех буков» 1, 5948 Шмалленберг 2.

Вульф Эрих. Д-р медицины.

Руководитель отдела социальной психиатрии Высшей медицинской школы Ганновера. Ул. Константи-Гутшов 8, 3000 Ганновер 61.



История и общественные отношения, эпидемиология и диагностика



Социальная история психиатрии

Цель обучения

Знание и организация современной структуры психиатрической помощи и современных направлений в психиатрических исследованиях на фоне исторического развития психиатрии как профессии и науки. Способность ориентироваться в присущих определенной эпохе или общественному устройству особенностях понимания душевнобольных и отношения к ним в древности, в средние века и в новейшее время.

Общие соображения

То, что в быту именуют «безрассудством», «заблуждением» или «безумием» и часто отождествляют с угрозой и непредсказуемостью, обуславливает соответствующее отношение к себе и вытекает из представлений общества о «разуме» как о необходимом качестве, вырабатываемом под влиянием общественных и экономических факторов. Если можно сказать, что история разума всегда содержит историю своей противоположности, то эту формулу легко можно перевернуть. Диалектика разума была ярко представлена в цикле рисунков «Сон разума рождает чудовищ» (ок. 1800) испанского художника Гойи, чье творчество тесно связано с идеями французской революции и просвещения. Представителям современного рационализма человеческие субъекты, которые со времен барокко стали во все возрастающем количестве заполнять урбанизированные, а позднее индустриализированные пространства, представляются как «другие», беженцы, пригодные только как материал, как средство достижения чужих целей, например обеспечения роста производительности труда в новых про-

изводствах или повышения боеспособности новых дисциплинированных воинских подразделений. С одной стороны, субъективность представлялась историческому разуму правителей беспочвенной, так как она иррациональна, груба, нецивилизована, необъяснима и нефункциональна. С другой стороны, дух предприимчивости, индивидуализм и самостоятельность превозносятся как гражданская добродетель предпринимателей и как этическая ценность в борьбе против феодальной зависимости и стремления к самоуничтожению. Объективные условия потребовали в соответствии и в созвучии с новыми научными достижениями в наблюдении природы, подтверждаемыми в эксперименте, создания новых конструкций действительности, свободных от противоречий. Иначе говоря, решения, сформулированного еще Галилеем: «измерить измеряемое, а то, что невозможно измерить, сделать таковым». Неразрешимое противоречие, т. е. безумие, стало ныне доминантой в первую очередь чувственной жизни, человеческих страстей с их произволом, непредсказуемостью и тем влиянием, которое они оказывают на поступки человека. В то же время эмоциональные стороны жизни вытеснены из общественных связей в сферу интимного — во внутренний мир субъекта (позднее это понятие получило у бихевиористов название «black box», «черный ящик»), в темную архаику и бездну бессознательного (с его первичными процессами), в «природу женщины», которая издавна воплощает хозяйку дома, хранительницу культуры интимных чувств, эмоциональные стороны жизни уводят человека в эту резервацию заново открываемого для себя детства, в уединение спальни; и если в домашних условиях восстановление равновесия невозможно, то путь лежит в «закрытый» психиатрический стационар. «Так мы проводим больного на поводке от нижней ступени бессознательного через цепь душевных раздражителей к полному владению своим разумом». «Праздность и лень разрушают всякий порядок. Работа делает человека здоровым...» (И.-Х. Райл, «Рэпсодии о применении психиатрических лечебных методов при психических расстройствах»; Joh. Chr. Reil, «Rhapsodien auf die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen», Halle 1803).

Из противоречия между понятиями *Sensus communis* и *Sensus privatis* (J. Kant), или, иными словами, между общественными, объективно подтверждаемыми данными и личными, доступными только в результате интроспекции (B. Russel), родился двойственный облик психиатрии как отрасли деятельности и как науки. С одной стороны, в XVIII в. психиатрия под давлением общественности выступила за то, чтобы в случае необходимости, и притом в соответствии с законом, контролировать непредсказуемых («неизмеримых») с помощью узаконенного принуждения, делая это скрытно от общества, для того чтобы в итоге превратить их в предсказуемых («измеримых»). С другой стороны, психиатры с самого начала поставили перед собой задачу как можно лучше понять человеческий субъект со всеми его заблуждениями, защитить его от произвола общественных принуждений и увидеть обратную сторону чуждого разума. Этой двуликости соответствует не разрешенная до настоящего времени научная проблема, поддерживающая напряженность между «понимающим» и «разъясняющим» подходами (W. Dilthey, 1833–1911) к психически больному, между «толковательно-описательным» раскрытием истории субъекта и «научно-исследовательским» объяснением биологической и поведенческой сущности. Только тогда, когда психиатрия освободится от идеалистических остатков идеографического метода и одновременно преодолест «классические» предпосылки «идеального», т. е. безупречного, эксперимента и тем самым преодолест стремление к свободной от противоречий, воспроизводимой конструкции действительности методологически

и научно-теоретически, — только тогда она начнет существовать как специализированная врачебная гуманитарная наука (Prigogine u. Stengers, «Dialog mit der Natur», 1980). Лишь тогда пропасть между психиатрией как естественной и эмпирической наукой о поведении и психиатрией как наукой о духовном может стать устаревшим понятием и потерять свое значение. На основе описанной в данной главе диалектики разума мы хотели бы в аспекте истории рассмотреть, как в различные периоды изменялось понимание психических больных и как, в конце концов, развитие психиатрии оказалось связанным с историческими, политическими, экономическими и культурными процессами.

Доисторические времена и античный период

В древности существовало *мифологически-демонологическое представление* о том, что в настоящее время мы называем психическими заболеваниями. Вызыватели дождя, жрецы, шаманы и целители лечили «необычное» поведение (как это наблюдается и в настоящее время в обществах с первобытной культурой) при помощи нравоучительно-религиозных приемов (экзорцизм, волшебный сон, устрашение). В *мифологизированной медицине* *ассирийско-семитского обихода* прошедшей через пифагорейство и гнозис к раннехристианской традиции, а позднее пережившей свое возрождение в облике романтической медицины, психические заболевания трактовались как психологические и лечились преимущественно психологическими методами. *Физиопатология Гиппократ и Гален*, напротив, классифицировала и лечила, пользуясь преимущественно соматическими «естественнонаучными» методами (пример тому — описание эпилепсии, которая, по Гиппократу, ничуть не святее других болезней, а также описания послеродового психоза, делирия при лихорадке, мании и меланхолии). В то время психические заболевания воспринимались скорее как болезни, но понимание их генезиса отсутствовало (существовали в основном гуморальные теории «равновесия жидкостей» и символика органов, восходящая к магии). Ничто не могло быть противопоставлено неправильному, отклоняющемуся от обычного поведению. Эту же трудность испытывает и современная психиатрия, не умея удовлетворительно решить проблему ни теоретически, ни практически (например, в отношении религиозного экстаза, социально и политически девиантного поведения). В позднюю эллинистическую и римскую эпоху впервые возникла систематика психических заболеваний, которая напоминает современную *нозологию* (науку о болезнях).

Асклепий в 80 г. до н.э. делал различие между острыми психическими заболеваниями с лихорадкой и хроническими психическими расстройствами без лихорадки. Аретей в 80-е гг. н.э. указал на то, что состояния меланхолии и мании могут чередоваться. В отношении подхода к остро заболевшим психически больным Келиус Аурелианус (V в. н.э.) заметил: «Кажется, врачи сами бредят, когда сравнивают больных с дикими животными, которых наказывают, лишая их еды и питья. Пребывая в том же заблуждении, они высказывают пожелание, чтобы эти больные были закованы в цепи. Они заходят так далеко, что рекомендуют подвергать больных телесным наказаниям с помощью плетей, полагая, что такое испытание должно способствовать восстановлению разума. Это отвратительное лечение только ухудшает состояние больных». Однако в качестве мер принуждения допускалась фиксация больных мягкими материалами, хотя и признавалось, что «меры ограничения... только вызывают и увеличивают ярость и беспокойство, вместо того чтобы смягчить их».

Именно Келиус Аурелианус перевел около 100 г. н.э. произведение греческого методиста Сорануса из Эфеса об *острых и хронических* заболеваниях. Он подробно описал симптоматику и течение трех клинических картин: *Phrenitis* (лихорадочный делирий), *меланхолии* и *мании*. Его произведение является наиболее ценным источником, помогающим понять, как воспринимались психические расстройства в древности, оно дает значительно больше информации, чем произведения Гиппократ (460—377 гг. до н.э.) и Галена (130—201 гг. н.э.), и подтверждает представление о том, в какой мере древние греки и римляне искали «естественные» причины болезней.

Средневековье

Познания Гиппократ и Гален, сохраненные арабскими философами и врачами, в последующие столетия не получили дальнейшего развития в христианской Европе. Коран предоставляет «заблуждающимся» почетное место в обществе. В магометанских центрах Аравии, Северной Африки и Испании впервые стали появляться психиатрические больницы, применявшие лечение занятостью и призрение больных после их выхода из больницы. В XII в. еврейский врач, философ и раввин Маймонид (1135—1204) создал учение о правильной жизни и установке на предупреждение болезни, основанное на строгой, рациональной иудейской традиции. Он издал книгу под названием «Руководство для безумных» («More nebuchim»), утверждая: «Радостное волнение души для здоровья лучше, чем движение тела».

На пороге Нового времени в христианском мире обозначились первые примеры террористической дискриминации: большое число психически больных погибло во времена преследования ведьм инквизицией. Колонии для душевнобольных при монастырях и благотворительные приюты (например, «Геель» во Фландрии) были исключением. Набожное городское общество эпохи высокого Возрождения, еще далекое от понимания «разума», имело возможность устроить своих больных и обеспечить уход за ними. К этому их обязывала гражданская и духовная ответственность. Условия содержания в больницах той поры были, по-видимому, лучше, чем позднее, в XVII и XVIII вв. Средневековые больницы были похожи на гостевые подворья, что подтверждают сохранившиеся до сих пор заведения этого типа в Брюгге и Беоне: они общедоступны и архитектурно тесно связаны с жизнью города. Через главный портал проходишь прямо в больничные залы. Больные (и мертвые) еще не были скрыты и отгорожены бесчисленными коридорами и вспомогательными помещениями. (В эпоху Ренессанса больничные палаты располагались по фасаду зданий; только позднее их стали размещать на противоположной стороне дома.)

На исходе Средневековья стало дозволено изображение безумцев в литературе и изобразительном искусстве одновременно с созданием индивидуализированных портретов бюргеров и реалистичных иллюстраций медицинских занятий, например «Анатомии» Везалия (1514—1564). С другой стороны, была подготовлена казарменная изоляция безумных. В то же время все больше людей, и прежде всего женщин, становились жертвами убийственной практики инквизиции. Не без участия молодого искусства книгопечатания начиная с 1485 г. широкое распространение получило мрачное произведение «Молот ведьм». Богословский факультет Парижского университета распространил циркулярное письмо в защиту широко распространенных в Средние века «праздников дураков». В нем говорилось: «Мы празднуем его для того, чтобы

наша глупость, которая является нашей второй природой и как будто нашим врожденным свойством, получила бы свои права».

Новое время

С падением средневекового уклада изменилось и общественное понимание действительности. Для абсолютистской формы правления, *утилитаризма* и раннего буржуазного капитализма безумцы и маргинальные группы стали источником помех и объектом полицейского преследования. Эта позиция нашла свое отражение в распорядительных документах и законодательных актах о госпитализации, действующих до настоящего времени. В XVII в. психически больные помещались наряду с преступниками и бунтарями, отвергаемыми обществом, в воспитательные дома, приюты для бедных, работные дома и приюты для душевнобольных, где содержались в нетерпимых условиях.

Почти все формы «безумия» плохо переносятся современным урбанизированным, бюргерским обществом с его традициями общения, нравами и условиями труда. Это общество стремится сделать душевнобольных невидимыми для окружающих.

Тем не менее, уже в XVI в. некоторые просвещенные и независимые врачи восставали против новоявленных богословских суеверий об одержимости помешанных и/или ведьм. В частности, это нидерландский врач Иоганнес Вейер (Johannes Weyer, 1515–1588) и врач из Южной Германии Парацельс (Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1491–1541). Последний опубликовал в 1520 г. книгу под названием «О болезнях, лишающих разума», в которой выступал против духовенства и утверждал, что причиной психических заболеваний являются не духи, а естественные процессы.

Еще в XVII в. сумасшествие представлялось большинству образованных людей недостойным, предосудительным безрассудством, постыдным животным проявлением, опасным заразным заболеванием. Даже врачи старались держаться подальше от безумных больных и рассуждали о наличии жизненно чуждых систем болезней по образцу ботанической классификации Линнея. С другой стороны, уже существовали близкие к современным описания деятельности центральной нервной системы. Понятия «неврология» и «рефлекс» восходят к определениям Виллиса (Th. Willis, 1622–1675). Этот врач первым понял, что при истерии речь идет о «нервном» заболевании, не имеющем ничего общего с болезнью матки (предрассудок, утверждающий наличие такой связи, сохранялся вплоть до XIX в.).

С началом буржуазной и промышленной революций XVIII — начала XIX в. психически больные были признаны объектом социальной и медицинской ответственности. Душевное страдание все больше связывалось с социальными факторами. От этого исторического периода до нас дошло понятие «бедные сумасшедшие». Цепи, фиксирующие ящики, вращающиеся установки (кровати и стулья) и другие замаскированные под лечебные приспособления орудия принуждения постепенно вышли из употребления и уступили место другим, более мягким формам психического и морального принуждения — вначале в Англии, позднее во Франции и, наконец, в Германии. В *нравственном подходе* (Moral management) Фр. Виллиса (Fr. Willis, 1717–1807) и квакера В. Тьюка (W. Tuke, 1732–1822), который открыл в Йорке первую практически открытую лечебницу для душевнобольных с возможностью выхода из нее, нашла развитие система лечения «самовоспитанием и самонаблюдением» с помощью наказаний и поощрений, которую можно рассматривать как предшествен-

ницу поведенческой терапии и социотерапии наших дней. Здесь впервые был введен в практику труд как объединяющий больных лечебный принцип. Этот принцип был возрожден в начале нынешнего века Г. Симоном (H. Simon, 1867–1947) и получил дальнейшее развитие. На развитие принципа терапии трудом значительное влияние оказал английский психиатр М. Бэттл (M. Battle, 1704–1776), когда в 1751 г. он стал главным врачом госпиталя Св. Луки в Лондоне, передовой клиники своего времени.

Морализаторский взгляд на психические заболевания подвергся критике с естественнонаучных позиций психиатром-реформатором времен французской революции Филиппом Пинелем (Ph. Pinel, 1745–1826), которому приписывают историческое освобождение психически больных от цепей (впрочем, в исторически недостоверном изложении). Возникшая тогда же естественнонаучная модель психического заболевания получила свое дальнейшее развитие во времена Реставрации усилиями Э.Д. Эскироля (E.D. Esquirol, 1772–1840), ученика Пинеля. Незадолго до того Ф.Ю. Галл (F.J. Gall, 1758–1828) представил свою концепцию мозговой локализации, ответственной за определенные виды поведения и его нарушений. Эта концепция в дальнейшем развивалась благодаря трудам В. Гризингера (W. Griesinger, 1827–1868), К. Вестфаля (K. Westphal, 1833–1890), Мейнерта (Maynert, 1833–1893), К. Вернике (C. Wernicke, 1848–1960) и К. Клейста (K. Kleist, 1879–1960) в формах современной нейропсихологии и нейрохимии. Это строго соматическое направление, принесшее с собой серьезные познания в области системных дегенеративных и травматических изменений в центральной нервной системе, имело, однако, менее заметное и даже весьма относительное воздействие на понимание функциональных расстройств поведения (поскольку они, как сказал Гризингер еще в 1844 г., «...концентрируясь в одностороннем развитии... выходят за рамки результатов наблюдений», и учение о локализации до настоящего времени снова и снова укрепляет в нас приверженность к «мозговой мифологии»).

Развитие психиатрии в Германии в XVIII и начале XIX в. было подчинено философским, романтическим и религиозно-этическим течениям, вследствие чего интеграция психиатрии в медицинскую науку проходила медленнее, чем в других странах. К этому времени *Moral management* был в значительной мере психологизирован, что нашло свое отражение в Германии только в работах И.-Х. Райля (Joh. Chr. Reil, 1759–1813); так называемые «психики» во главе с их видным представителем И. Хайнротом (Joh. Heinroth, 1733–1843) сводили психические заболевания к «греху» и потере свободы, исходящей от бога. Против такого представления о болезни как последствии собственной вины уже в 1-й половине XIX в. высказывались врачи и основатели больниц, придерживавшиеся естественнонаучных и соматически ориентированных взглядов, такие, как Ф. Насце (F. Nasse, 1778–1851), М. Якоби (M. Jacobi, 1775–1858) и В. Гризингер (W. Griesinger, 1817–1868). На этих естественнонаучно ориентированных психиатров, находившихся под влиянием либеральных течений и идей французской революции, формировавших социально-политический ангажемент, легла нагрузка по созданию первых больниц и клиник, а также реформа медицинской деятельности накануне 1848 г.

Тем не менее, в строительных планах психиатрических больниц, которые возводились за пределами больших городов, было еще много от романтических предрассудков психиатров о вредном влиянии цивилизации и о нравственном, оздоровительном действии сельского уединения на «разрушенную психику». Этот предрассудок

хорошо согласовывался с вполне продуманной защитой интересов общества и его администрации. (В 1871 г. в городах проживала 1/3 населения, в 1914 г. — уже 2/3, а 1/4 — в больших городах.)

Несмотря на то что Гризингер еще в 1860 г. выступил с концепцией создания городских приютов для лечения больных в непосредственной близости от мест их постоянного проживания, предусматривая краткосрочное пребывание в стационаре, посещение выписанных больных на дому и их амбулаторное лечение, в Германии вплоть до 60-х гг. нашего столетия господствовала концепция размещения психиатрических больниц на отдаленных, а следовательно, и более дешевых загородных территориях. Только в 70-х гг. (в период разработки доклада Парламентской комиссии и после его опубликования в 1975 г.) началось интенсивное создание психиатрических отделений в многопрофильных больницах. Наряду с 23 университетскими клиниками в 1984 г. в ФРГ было уже 68 таких отделений, некоторые из которых стали центрами по оказанию психиатрической помощи на административных территориях.

В США и Нидерландах уже в начале XX в., а в Англии и скандинавских странах — после Второй мировой войны была признана ответственность местных властных структур за призрение психически больных. В этих странах психиатрическая помощь развивалась по принципу приближения ее к месту проживания больных. Это происходило значительно раньше, чем в ФРГ. Структура и качество этой помощи были различными и зависели от социальных предпосылок и развития здравоохранения. В течение двух последних десятилетий в США произошел массовый «исход» хронических психически больных из психиатрических больниц, в которых было сокращено число мест, а некоторые больницы были закрыты. Значительное число больных оказалось лишенными всякой помощи или с совершенно недостаточным наблюдением со стороны сотрудников многочисленных общественных психиатрических центров, основанных в 1953 г. — Community Mental Health Centers (СМНС).

В Англии, напротив, возврат психиатрической помощи в общины совершился шадаше и планомерно, что имело свои положительные стороны и оказалось полезным для хронических больных. В Нидерландах была создана разветвленная сеть региональной амбулаторной психосоциальной помощи с новым, преимущественно психотерапевтическим направлением, и совершенно новые категории клиник. В то же время уровень госпитализации хронических больных при сравнительно благоприятных предпосылках остался довольно высоким и помощь психически больным и престарелым психиатрическим пациентам почти полностью обеспечивается психиатрами. Для развития помощи в рамках перечисленных выше проблем потребовалось участие и бывших пациентов (Cl.W. Beers, 1876—1943, «A Mind that found Itself», 1908), и добровольцев, которые организовали психогигиеническое движение, сыгравшее значительную положительную роль. В последние годы получили дальнейшее развитие современные модели самопомощи. У истоков новейшей психо- и социотерапевтической концепции наряду с З. Фрейдом (S. Freud, 1856—1939), автором психоанализа, стоял и А. Майер (A. Meyer, 1866—1950) со своим учением о прагматической социальной психиатрии и психобиологии. Социо-динамическая концепция последнего была развита в США силами его учеников, например Х.Ст. Салливана (H. St. Sullivan, 1892—1949). Основанные Кольбом (Kolb) в 1908 г. по модели Эрлангера «открытые психиатрические службы призрения» и психогигиенические службы при органах здравоохранения по примеру службы призрения в общине Гельзенкирхен дали импульс к созданию первых психиатрических служб в общинах, в частно-

сти в Нидерландах. Современная психосоматическая медицина также была основана в 20-е гг. нынешнего века рядом психоаналитиков (среди них S. Ferenczi, 1873—1933, F. Alexander, 1891—1964, A. Mitscherlich, 1908—1983), интернистами и клиницистами-невропатологами (L. Krehl, V. von Weizsäcker, G. von Bergmann) и физиологами (И.П. Павлов, Н. Seleye), а также специалистами в других областях медицины. Благодаря им выросла совершенно новая целостная концепция, которая стала противовесом все еще бытующему ятромеханическому духу эпохи барокко и картезианскому дуализму (R. Descartes, 1596—1650), определившим клинические методы.

Научная психиатрия прошлого века занималась прежде всего описанием психопатологических синдромов и их развития (Е. Kraepelin, 1856—1926, Е. Bleuler, 1857—1939, и др.); в дальнейшем она занялась классификацией нозологических форм и добилась успехов в переходе от сравнительных описаний к единой стандартизированной номенклатуре, которая в настоящее время нашла отражение в международной классификации ВОЗ, МКБ, принятой в большинстве стран и переживающей в настоящее время своего рода возрождение (например, в многоосевой синдромологической классификации американской психиатрической ассоциации 1980 г., DSM III).

Мозговая патология, генетика, нейрохимия, нейрофизиология и биология поведения, взаимодействуя с клиническими исследованиями, позволили уточнить патогенез многих клинических картин болезни, используя тот же принцип, который в свое время был применен при изучении прогрессивного паралича. С другой стороны, политическое ограничение либеральных подходов (после 1948 г. и особенно после 1971 г.) способствовало некритичному, управляемому, догматизированному естественнаучному медицинскому моделированию болезни и становлению вульгарно-биологической идеологии в психиатрии.

Такая эволюция постигла, например, теории о дегенерации (Morel, 1809—1873; Lombroso, 1836—1909; V. Magnan, 1835—1916; J. Moreau de Tours, 1804—1884), учение о наследственности, дарвинизм. В XX в. они использовались особенно в форме социалдарвинизма и учения о генетическом и расовом вырождении как псевдонаучный фундамент националистических и конформистских тенденций господства вплоть до обоснования физического уничтожения психически больных и лиц, нежелательных в политико-социальном плане, во времена национал-социализма. В ходе этой так называемой эвтаназии в 1939—1941 гг. было уничтожено более 100 тыс. человек. Вслед за этим многие сотни тысяч людей были подвергнуты «дикой эвтаназии», умерли от голода и болезней. По меньшей мере 300 тыс. человек были насильственно стерилизованы в период между 1934 и 1945 гг. на основе «Закона об охране от наследственно больного потомства». Только сегодня более молодое поколение психиатрических деятелей начинает пытаться перебороть идеологию психиатрии времен национал-социализма. Несмотря на то что важные документы стали доступны уже в первые послевоенные годы, жертвы этой психиатрии уничтожения и изуродования и их родственники забыты и Федеральным законом о возмещении ущерба (Bundesentschädigungsgesetz), и требованиями о его исполнении.

Такое развитие психиатрии, особенно в Германии, привело к тому, что психо-социальные исследования, подготовленные психоанализом Фрейда и систематизированной психопатологией К. Ясперса (K. Jaspers, 1883—1969) и признанные во всем мире, до настоящего времени принесли мало пользы в обеспечении защиты населения, так как не получили достойного отражения в правовых нормативных актах. Между тем, современная психиатрия развивалась в научном и практическом направлениях в

междисциплинарную отрасль знаний, которая нацелена на живое взаимодействие между фундаментальными биологическими и клиническими исследованиями, с одной стороны, и смежными прикладными науками — с другой (психологией, социологией, педагогикой, этнологией). Такой подход явился отправной точкой для выделения в последние годы нового коммуникативно-теоретического направления, которое, в свою очередь, развилось в самостоятельную дисциплину, ориентированную на изучение девиантных форм реагирования, возникающих при взаимодействии индивидуума и окружающей среды (семья, школа, рабочее место, психиатрическое учреждение). Таким образом стало возможным понять психическое заболевание как сверхиндивидуальный социальный феномен и одновременно как жизненный путь, обусловленный обстоятельствами. Параллельно возникли терапевтические методы, нацеленные на изменение нарушенных межличностных отношений. Значение этих методов все более возрастает (групповая, семейная терапия, терапия супружеских пар). С помощью *системной теории*, развившейся из теоретической биологии (L. v. Bertalanffy, 1950), математической логики (Whitehead, Russel) и кибернетики (Wiener), в настоящее время предпринимаются попытки заново классифицировать модели поведения и переживаний человека на различных уровнях — биологическом, психическом, социальном, описать их и использовать для анализа сложных причинных условий. Внутренняя логика, лежащая в основе теории невролога Дж. Джексона (J.H. Jackson, 1834–1911), — «evolution and dissolution of the nervous system» — получает в известной мере новую дальнейшую жизнь, преобразование и развитие за пределами биологического субстрата и предлагает новое освещение системной структуры теории психоанализа (Фрейда под влиянием Джексона).

Учебно-теоретический анализ поведения облегчает оперативную дефиницию нарушений поведения и терапевтического воздействия на эти нарушения. Такие классические методики, как оперантное обусловливание и систематическая десенсибилизация, в настоящее время дополняются и частично подменяются богатым арсеналом воздействия, которое может быть проверено эмпирически и возможности которого восходят к *когнитивной* и *социальной* теориям. *Бихевиористские* истоки (J.B. Watson, 1878–1950) лечения поведения указали на их тесные связи с психофизиологическими и рефлексологическими экспериментами и теорией Павлова (И.П. Павлов, 1857–1927), влияние которого на современную нейропсихологию и нейрофизиологию сохраняется до настоящего времени. Метод ЭЭГ, открытый в 1929 г. Бергером (H. Berger, 1873–1941), заслуживает в настоящее время более достойного внимания и для изучения поведения человека, в то время как его диагностическое значение в неврологии убывает.

Дальнейшие терапевтические новшества после 1900 г.: маляротерапия (J. Wagner Ritter v. Jauregg, 1857–1940; Нобелевская премия 1927 г.); в 1932 г. инсулинотерапия (Sakel); в 1934 г. карбазоловая судорожная терапия (v. Meduna) и в 1938 г. электро-судорожная терапия (Bini, Cerletti) больших психозов. В 1952 г. начало современной психофармакологии, с момента введения в практику хлорпромазина (Delay, Deniker, Huguenard, Laborit).

ЛИТЕРАТУРА

- Ackerknecht E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 3. Aufl. Enke, Stuttgart 1985.
Alexander F.G., S.T. Selesnick: Geschichte der Psychiatrie. Diana, Konstanz 1969.
Dörner K.: Bürger und Irre. Suhrkamp, Frankfurt 1969.
Dörner K. u.a.: Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum 1980.

- Focault M.: Psychologie und Geisteskrankheit. Suhrkamp, Frankfurt 1968.
- Focault M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Güse H.-G., N. Schmake: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. 2 Bde. Athenäum, Königstein 1976.
- Kisker K.P.: Psychiatrie in dieser Zeit. In: Degkwitz R.: Hundert Jahre Nervenheilkunde. Hippokrates, Stuttgart 1985.
- Klee E.: «Eutanasie» im NS-Staat. Die Vernichtung «lebensunwerten Lebens». Fischer, Frankfurt 1983.
- Kraepelin E.: Hundert Jahre Psychiatrie. Z. Ges. Neurol. Psychiat. 38 (1918).
- Mora G.: Historische und theoretische Richtungen in der Psychiatrie. In: Freedman A.M., H.I. Kaplan, B.J. Sadock, U.H. Peters: Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 7. Thieme, Stuttgart 1989.
- Müller-Hill B.: Tödliche Wissenschaft. Die Aussonderung von Juden, Zigeunern und Geisteskranken 1933–1945. Rowohlt, Hamburg 1984.
- Schmacke N., H.-G. Güse: Zwangssterilisiert, verleugnet, vergessen. Brockkamp, Bremen 1984.
- Schrenk M.: Über den Umgang mit Geisteskranken. Springer, Berlin 1973.
- Sulloway F.J.: Freud, Biologe der Seele. Edition Maschke, Köln-Lövenich 1982.

2 Эпидемиология психических расстройств

Цель обучения

Знание о целях и направлениях эпидемиологических представлений и методов в психиатрии. Представление о способах получения сведений о частоте и распространенности психических расстройств, а также трудностях и границах применения эпидемиологических методов в психиатрии.

Определение. Эпидемиология есть наука, которая устанавливает частоту, распределение заболеваний и статистические связи между болезнью, факторами, оказывающими на нее влияние, и возможными последствиями.

Способ получения информации

Исследование населения

— Через идентификацию и критическую оценку сведений о случаях заболевания, полученных от домохозяев, соседей, полицейских управлений, практических врачей, социальных работников.

— Через исследование пробандов и репрезентативной выборки населения о случаях психических расстройств вообще или определенных психических заболеваний.

Исследование частоты обращений за лечебной помощью

Сюда относятся все случаи заболевания, которые после обращения пациентов в психиатрические или психосоциальные учреждения расцениваются как психические болезни.

Объекты исследования

В качестве объекта исследования может выступать как все население, так и определенные, четко отграниченные группы (мужчины — женщины, дети — юноши — взрослые — старики, немцы — турки — греки — итальянцы, низшие — средние — высшие слои общества, родственники обследованных, лептосомы — атлеты — пикники и т. д.).

Кроме определения частоты заболеваний, эпидемиологический метод определяет также и частоту возникновения психопатологических синдромов или единичных расстройств (в содержательном отношении, например, частоту встречаемости бреда преследования, в формальном отношении — относительную распространенность галлюцинаций, иллюзорных расстройств, бредовых расстройств, навязчивых мыслей и т. д.).

Основные понятия

Регистрируется как *Inzidenz* (число первично заболевших) только число фактически выявленных и диагностированных случаев заболеваний в данный период времени. *Pravälenz* (частота) — это число больных данным заболеванием в данное время, относящееся к населению или данной выборке.

Если число вновь заболевших ангиной или неврозом одинаково, врач должен уделить несравненно больше внимания лечению неврозов, так как они продолжают-ся значительно более длительное время, чем ангины.

В соответствии с этим, можно требовать проведения соответствующего лечения или направления на лечение у специалиста, как только установлен факт заболевания, на весь период данного инцидента.

«Айсберг» в психологической медицине

Большинство исследований связано с оказанием лечебной помощи при данном конкретном инциденте (частоте). Определение истинного числа инцидентов (частоты) сопровождается большими методическими и практическими трудностями и, к тому же, является весьма дорогостоящим.

Психически больные, находящиеся в специализированных психиатрических учреждениях, образуют вершину «айсберга» (см. рис. 1).

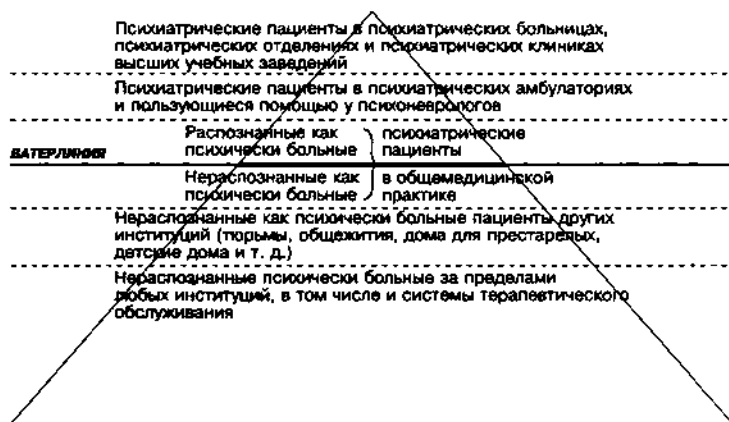


Рис. 1. «Айсберг» распознанных и нераспознанных психических расстройств

На поверхности «айсберга» находится определенное число психически больных, получающих врачебную помощь в зарегистрированных медицинских учреждениях, но они составляют лишь часть психически больных. Более глубоко расположены пси-

хически и социально измененные личности и больные, которым никакая лечебная помощь не оказывается. В этой нижней зоне находится граница между собственно болезнью и неболезненными изменениями психики, хотя, с другой стороны, граница между болезнью и не-болезнью всегда размыта.

Размеры отдельных составных частей «айсберга» зависят от:

- общественных представлений и определений психических заболеваний;
- системы лечебных мероприятий в психосоматическом, психиатрическом и общемедицинском секторах, в особенности экономически и географически доступных для пациентов;
- готовности населения или определенных групп населения обращаться за психиатрической или вообще лечебной помощью и таким образом быть к ней причастными;
- дискриминации или признания психически больных в культуральных или других группах населения;
- толерантности населения и ответственных за безопасность и порядок к отрицательным поступкам психически больных по сравнению с отклонениями поведения при психической норме.

Перед врачом ставится не только вопрос «как чувствует себя этот пациент?», но и вопрос «что привело или кто привел этого пациента ко мне?».

Цель эпидемиологических исследований

Эпидемиологические исследования имеют разнообразное назначение.

1. Выяснение количества и планирование соответствующего спросу числа учреждений по обслуживанию (эпидемиология обслуживания). Актуальная потребность определяется не только частотой обращений и госпитализаций, но также доступностью лечебных учреждений и методов и субъективной готовностью востребовать эти потребности.

2. Инструктивный совет для проводящих обследование врачей: следует обращать внимание не только на бросающиеся в глаза и часто встречающиеся симптомы и болезни, но и на редко встречающиеся заболевания.

3. При констатации различий в частоте заболеваний в качестве гипотезы можно учитывать причинные факторы заболеваний.

Установление различия частоты заболеваний в различных культурах, социальных слоях, профессиях или расах еще не является основанием для установления причин возникновения психических заболеваний. Например, большая частота заболеваний среди лиц определенной расы зависит не только от биологических, но также и от культурных и социальных факторов, которые действуют также и наравне с биологическими.

Характеризуя уровень родственных связей и окружения при шизофрении или алкоголизме, мы прежде всего должны определить, являются ли социальные и экологические жизненные условия причинными факторами в возникновении этих заболеваний или же они являются следствием болезни и связанной с ней социальной деградации. К тому же изменение окружения (смена жизненных условий) может привести как к утрате жизненной активности, так и к социальному росту и стремлению улучшить свои жизненные условия (Stress- vs. Drift- und Non-starter-Hypothese).

Эпидемиологические свойства психических заболеваний

Психические заболевания имеют особенности, которые сказываются на их эпидемиологической регистрации.

1. Психически больные и их родственники часто скрывают заболевание, будучи смущены и расстроены наличием болезни. Масштабы дискриминации и запретов, связанных с психической патологией, очень отличаются друг от друга в различных группах населения. Отличается характер дискриминации, а также запретов (табуирования) при различных видах психических расстройств (алкоголизм, наркомания, шизофрения, депрессия, мания, возрастные изменения психики и пр.). Скрытие случаев психических расстройств искажает результаты эпидемиологических исследований.

2. Разграничения между непсихотическими психическими расстройствами и отклонениями поведения в норме очень изменчивы и по-разному определяются от культуры к культуре, от одного социального строя к другому.

3. Четкость различения болезненных признаков (симптомов), относящихся к психиатрическому диагнозу, во многих областях психиатрии значительно меньше выражена, чем в соматической медицине (исключение составляют соматогенно обусловленные психические расстройства при четко выраженных соматических заболеваниях). Среди исследователей нет единства и в том, чем одно психическое заболевание отличается от другого (например, является ли депрессия проявлением шизофрении или это сочетание двух разных заболеваний). Для такого заболевания, как шизофрения, Всемирная организация здравоохранения предложила конвенцию, согласно которой данный диагноз оправдывает (и подтверждает) лишь определенная констелляция симптомов.

Нечто подобное предпринимается Американской психиатрической ассоциацией в классификациях DSM III и DSM III-R («Diagnostic and Statistical Manual», «Диагностическое и статистическое руководство»). Это первый шаг к пониманию унификации психических расстройств.

4. Даже в диагностической практике вследствие крайней изменчивости психических расстройств и различной степени врачебного умения выявлять скрытые и явные признаки болезни при обследовании нет единства в том, имеются или нет у данной личности болезненные симптомы. Создание оценочной шкалы, с помощью которой различные исследователи могли бы одинаково оценивать состояние пациента, явилось бы дальнейшим шагом к росту всеобщего согласия в диагностике.

5. Начало психического заболевания часто тяжело определить. Прежде всего являются бросающиеся в глаза симптомы.

6. Психические заболевания имеют длительное течение.

7. Их симптоматика исчезает или скрывается как при проведении лечения, так и без него.

8. Рецидивы симптоматики очень часты.

Техника сбора данных

Психиатрическая эпидемиология начинается с вопроса: «Что означает данный случай?» Для практического врача каждый пациент, которого он впервые видит, есть «новый случай». Эпидемиолог, который занимается психическими заболеваниями, должен также спрашивать:

— являются ли психические расстройства главными в данном случае врачебного обследования;

— являются ли психические расстройства существенными для данного случая;

— являются ли психические расстройства сопутствующими, не имеющими связи с актуальным случаем врачебного освидетельствования.

Эти вопросы ставит каждый врач как при диагностике, так и при разработке плана лечения.

Кроме того, эпидемиолог должен ответить на вопрос, появилось ли данное заболевание и его симптомы впервые, либо они имелись ранее и не подвергались лечению, либо относительно них уже предпринимались лечебные меры.

Чаще всего эпидемиолог считает «случаем» то состояние, которое требует специального рассмотрения и лечения. Иначе выражаясь, считается лишь то, что расположено выше ватерлинии психологического «айсберга».

К какой бы группе населения ни относился и на каком бы социальном уровне ни находился данный индивидум, к нему применимы одни и те же методы и один и тот же масштаб измерений. Неструктурированные клинические исследования не могут привести к воспроизводимым результатам. В связи с этим предлагаются соответствующие анкеты, в которых обследуемый должен отвечать на вопросы. Анкеты «продуцируют» симптомы, так как часто позитивные ответы на вопросы выявляют симптомы, которые спонтанно не высказываются. Понимание вопросов и правильные ответы на них являются определенным «культурным фильтром», через который проходят обследуемые (знакомство с используемыми выражениями, терпимость к симптомам соответствующей культуры). Частота ответов зависит также и от точности формулировки вопросов.

Пример:

- «являетесь ли Вы, как правило, больным?»;
- «случайно ли то, что произошло в Вашей жизни?»;
- «происходило ли уже такое в Вашей жизни?».

Первая формулировка дает меньшее, а последняя — большее число позитивных ответов.

Свободный сбор анамнестических сведений и стандартизированный опрос (проводимый самим врачом или с помощью компьютера) имеют не только технические различия, но являются качественно различными методами оценки обстоятельств, связанных с болезнью.

Результаты психиатрической эпидемиологии

Исследования в различных странах показывают, что расстройствами, которые грубо можно отнести к психической патологии, страдает от 14 до 17 % населения. Большую часть из них составляют невротические проявления, личностная патология и психосоматические расстройства. Они чаще встречаются у женщин. Пик частоты проявления психических расстройств приходится на возраст около 50 лет; затем, за исключением типичных возрастных изменений, они диагностируются реже.

Около трети пациентов, находящихся на обследовании в общемедицинских учреждениях ФРГ свыше 14 дней, страдают психическими расстройствами, требующими соответствующего лечения.

В практике интернистов от 40 до 50 % пациентов среднего возраста имеют в клинической картине психосоматические компоненты.

Относительно высокой частоты психических расстройств среди лиц, страдающих органическими расстройствами, следует иметь в виду, что часть из них не имеет прямой связи с органическим поражением.

Следует еще раз констатировать, что частота психических расстройств в медицинских учреждениях, так же как и в населении, зависит от общественных дефиниций, масштаба общественных запретов и дискриминаций, оценки тяжести психи-

ческих расстройств как со стороны врачей, так и со стороны немедицинской общности, а также от общественной готовности к реакции страха и даже лишения рабочего места в случае декларирования психического заболевания.

Эпидемиология отдельных психических заболеваний

Эндогенные психозы

Эпидемиолог, как и каждый врач, стоит перед проблемой не только разграничения эндогенных психозов и диагностики болезненного поведения, но и определения непсихотических расстройств психики. Применение различных диагностических критериев для первичной диагностики, в особенности если эпидемиологические исследования исходят из установленного другими врачами диагноза (например, из истории болезни), делает определение частоты и распространенности заболеваний невозможным. В Англии и немецком языковом пространстве диагноз «депрессия» устанавливается так же, как и в США, что, скорее всего, противоречит диагнозу «шизофрения». Предложение о единстве диагностической процедуры на основании выявления определенных симптомов, как это предлагается при диагностике шизофрении в ВОЗ-Pilotstudie «Schizophrenie», а также в DSM III и DSM III-R, оправдывает себя в исследовательских работах, но пока еще неосуществимо в психиатрической практике.

1. Шизофрения. Среди диагнозов у принимаемых в психиатрическую больницу шизофрения составляет около 25 % у впервые поступающих и всегда стоит на втором месте. Шизофреники составляют более половины хронически госпитализирующихся и, в среднем, находятся в больнице более продолжительное время, чем лица с другим психиатрическим диагнозом. В последнее время большое число шизофреников-хроников перемещается в дома-интернаты (общежития, пансионаты), в связи с чем произошли коренные перемены: число больных хронической шизофренией в психиатрических больницах постоянно уменьшается.

Достоверным числом больных шизофренией, обращающихся за амбулаторной помощью, мы не располагаем.

Оценки показывают, что около 0,25 % взрослого населения ежегодно впервые переносит шизофренический шуб. Около 1 % населения в своей жизни должно опаса́ться шизофренического заболевания.

Транскультуральные сопоставления дают существенные различия в частоте заболевания. Репрезентативные исследования в различных слоях населения показывают с учетом демографической коррекции 10 случаев (Inzidens) шизофрении на 1000 чел. на западном побережье Норвегии и вдвое меньше (5 или 4,9) в Японии. В Тюрингии данный показатель установлен всего лишь в размере 3,8 на 1000 чел.

2. Маниакально-депрессивные заболевания. Если истинные маниакальные состояния бросаются в глаза и потому легко идентифицируются, то отграничение депрессий в рамках маниакально-депрессивного заболевания от невротических, включая также хронические реактивные депрессии, весьма затруднительно. Поэтому результаты эпидемиологических исследований при маниакально-депрессивных заболеваниях еще менее точны, чем при шизофрении.

Маниакально-депрессивные больные составляют незначительную часть находящихся в психиатрических больницах. Чаше, чем шизофрения, встречается эндогенная депрессия в психосоматических отделениях и в общесоматических больницах. Большая часть эндогенно-депрессивных пациентов лечатся амбулаторно, преимущественно у невропатологов.

Впервые диагностированные депрессивные больные в ФРГ составляют от 8 до 10 чел. на 100 тыс. населения. Корректируемое число инцидентов, взятое путем исследования различных слоев населения в различных землях ФРГ, составляет от 1,1 до 8,7 на 1000 чел., что отражает не только различие в частоте заболеваний, но и искажение полученных данных. Около 0,5 % людей должны ожидать, что на протяжении своей жизни они заболеют маниакально-депрессивными болезнями.

Психические расстройства в позднем возрасте

Психические расстройства позднего возраста, в особенности деменции и состояния спутанного сознания, стоят на первом месте среди заболеваний пациентов, поступающих в психиатрические больницы ФРГ: они составляют от 25 до 30 %.

Исследования различных слоев населения с учетом корреляции дают от 2,2 до 25,2 инцидентов на 1000 чел. Значительные различия связаны с изменчивостью границ между болезненными и неболезненными возрастными изменениями психики.

Алкоголизм и токсикомании

Процент алкоголиков и других токсикоманов среди поступающих в психиатрические больницы в последнее десятилетие неуклонно возрастает. Алкоголики и лица, испытывающие лекарственную зависимость, составляют примерно 30 % поступающих в психиатрическое отделение высшей медицинской школы в Ганновере. При этом, однако, следует заметить, что преобладают повторно обращающиеся, и лишь небольшую часть этих пациентов составляют первичные больные.

Среди населения ФРГ алкоголики и лекарственно зависимые (токсикоманы) составляют 2—3 %. В противоположность указанному выше контингенту, число наркоманов и злоупотребляющих обезболивающими средствами уменьшается.

Неврозы и расстройства личности

Частоту неврозов и расстройств личности особенно трудно определить. Некоторые из лиц этого круга не обращаются за помощью по поводу своих страданий, другие остаются диагностически не дифференцированными, так как обращаются за терапевтической помощью в связи с соматическими жалобами. Недифференцированные случаи большей частью всплывают при оказании психотерапевтической помощи. На стационарном лечении находится лишь небольшая часть лиц, страдающих неврозами и личностными расстройствами.

Число лиц с неврозами и расстройствами личности среди населения колеблется от 5 до 20 %. Выявляемость (частота заболеваний) сильно зависит от общественных или культуральных оценок болезни, которая, в свою очередь, является следствием различного рода ущемления как соматического, духовного или социального здоровья населения (определение ВОЗ), так и трудоспособности, т. е. психосоциального благополучия. Это дает различную частоту (распространенность) неврозов и психосоматических расстройств между различными местностями и даже в одной и той же местности между различными группами населения (женатые, холостые и разведенные, различные социальные слои и т. д.). Каждый социальный слой может иметь свои незначительные отличия и в клинических проявлениях болезни. Однако делать какие-либо обобщающие заключения, касающиеся специфики распространения заболевания в различных слоях общества, не представляется возможным.

Доказано также, что симптомы формируются в соответствии с данной культурой (культурными традициями). Утверждение об увеличении распространенности

данных расстройств на протяжении последних десятилетий так же малодеказательно, как и сведения об особой частоте этих заболеваний в больших городах или при определенных общественных системах.

Заключение

Эпидемиология показывает, что психические расстройства вследствие их длительного течения и распространенности встречаются в повседневной врачебной практике у большинства пациентов, так что практикующий врач ежедневно наблюдает нескольких таких пациентов. Врач должен относиться к психическим нарушениям у своего пациента так же серьезно, как и к органическим заболеваниям.

Положение о том, что «лучше в десять раз преувеличить, чем один раз не увидеть», действительное при диагностике органических заболеваний, имеет далеко не безобидное значение при определении психических нарушений в общемедицинской практике. Напротив, врач должен быть очень осмотрительным и не распространять поступившую в его распоряжение информацию о психических расстройствах. Соблюдение диагностического этикета врачом является социальным фактором, оказывающим влияние на поведение и психическое состояние.

ЛИТЕРАТУРА

- Cooper B., H.G. Morgan: Epidemiologische Psychiatrie. Urban & Schwarzenberg 1977.
Cranach M.v., A. Finzen: Sozialpsychiatrische Texte. Springer, Berlin 1972.
Degkwitz R., P.W. Schulte: Einige Zahlen zur Versorgung Psychisch Kranker in der BRD. Nervenarzt. 42 (1971) 169.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington 1980.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Revised. American Psychiatric Association, Washington 1987.
Häfner H.: Modellvorschläge in der Sozialpsychiatrie, dargestellt am Beispiel einiger psychiatrisch-epidemiologischer Forschungsergebnisse. Z. Psychother. med. Psychol. 19 (1969) 85.
Pflanz M.: Allgemeine Epidemiologie. Thieme, Stuttgart 1973.
Reid D.D.: Epidemiologische Methoden in der psychiatrischen Forschung. Thieme, Stuttgart 1966.
Wulff E.: Ethnopsychiatrie. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1978.

3 Социальные и культурные взаимосвязи

Цель обучения

Оценка всеобщего влияния социальных условий (культуры, общественного порядка, окружения, социального слоя, социальных институтов, профессии, семьи) на возникновение, проявление, симптоматику и течение психических и психосоматических расстройств.

Каким образом воздействуют социальные факторы?

Социальные факторы могут

— вызвать заболевание (это касается всех заболеваний, возникших по данной причине);

- вызвать его проявление при наличии соответствующего предрасположения (заболевание в определенный отрезок времени);
- вызвать определенный набор симптомов (например, наличие идей преследования без профессионального бреда или развитие идей виновности);
- влиять на течение психических заболеваний.

Распределение причинных факторов психических расстройств

Причинные факторы душевных расстройств весьма различны.

Пример. В патологической семейной динамике психические расстройства могут преобладать или, напротив, не проявляться в зависимости от различных причин или причинных факторов.

1. Семья как маленькое социальное объединение. Семейные конфликты являются действительно важными болезненными факторами (см. с. 91).

2. Производство (место работы) и профессия, включая производственные отношения («производственный климат») и организацию, угроза здоровью и истинный ущерб, наносимый здоровью на данном рабочем месте, имеющие большее значение, чем профессия сама по себе.

3. Жилищные условия, место жительства, общество, соседство. У пожилых людей особенно часто происходит декомпенсация при переезде на новое место жительства или в пансионат (интернат). Психосоциальными факторами риска могут быть даже так называемые «спальные районы», в которых отсутствуют коммуникативные центры (торговые лавки, места для приема гостей, игровые площадки и т. д.). Эти факторы действительно также и для больших городов.

4. Социальный слой и субкультура. Микрогруппы, даже составленные из разных социальных слоев, включая так называемые привилегированные группы, служат способом знакомства и обучения нормам взаимоотношений между людьми для реализации их жизненных целей. В различных социальных слоях общества имеется различное отношение не только к страданию или боли, но и к психическому заболеванию.

5. Культура и общество. Понятие психической нормы различается в разных культурах и обществах, так же как предоставляемые этими институтами жизненные условия.

Культуральные аспекты психических расстройств

Душевные отклонения, запреты и толерантность по отношению к ним соответствуют развитию душевных способностей и свойств людей в системе культурных и общественных взаимосвязей. Это действительно и по отношению к научным подходам, системе понятий, а также к терапии и способам оказания стационарной помощи.

Каждой культурной системе соответствует формулирование симптоматики, отношение к происхождению и течению душевных заболеваний.

Формулирование симптомов

В культурных и социальных слоях, где психические расстройства (или определенные формы психических расстройств) не находят поддержки со стороны общества, увеличивается соматизация этих расстройств или их соматическая направленность. Соматизация психических отклонений особенно часта в низших слоях общества. Это встречается также и тогда, когда становится невозможным взаимопонимание между врачом и пациентом вследствие различий в мировоззрении (Nathan, 1986).

Душевные страдания, так же как и душевные расстройства, находят отражение в культуральной и общественной системе суждений об их причинно-следственных взаимосвязях (об их происхождении и о том, в каких формах выражается состояние духа). Например, бред греховности при депрессии в христианской культуре относится к бредовой систематике вследствие имеющегося в обществе согласия; в развивающихся странах и странах третьего мира к нему может быть другое отношение.

Расстройства и соответствующие им структурные определения могут устанавливаться:

— в развитой культуре и обществе, где они (эти расстройства) достаточно определены и дифференцированы, и даже в тех случаях, когда в данной культуре больной человек имеет индивидуальные формы реагирования;

— в родовых (племенных) культурах, где на широких территориях царит магическое (и уж явно не логически-дискурсивное) мышление и где восприятия и представления не резко отграничены друг от друга, обманы чувств и формальные нарушения мышления не имеют стойких и неизменных симптоматических характеристик.

В индустриальных нациях, где имеется четкое разделение между восприятием и представлением и где бодрствующее сознание оформляет и направляет мысли в логически-дискурсивные категории, обманы чувств и формальные нарушения мышления определяются преимущественно в форме болезненных симптомов.

Для некоторых психических заболеваний, особенно для шизофренических психозов, культурное и общественное значение объектов и их взаимосвязь в силу болезненной измененности и ущербности заменяется субъективной оценкой (Devereux, 1974).

Замечание. Формулирование симптоматиологии есть взаимосвязанный процесс

1) между психически больными и (или) другими людьми с нарушением поведения и обществом;

2) в становлении культуральных взаимосвязей;

3) в оценке в данной культуре духовных и психических способностей;

4) между пациентом и врачом;

5) между биографией и конкретной, актуальной для данного пациента ситуацией.

Происхождение

Неспецифические причинные факторы. Причинные взаимосвязи в болезнях могут носить специфический и неспецифический характер. Неспецифические факторы определяются также как социальный стресс. Стресс определяется как взаимосвязь между угнетающим фактором и реакцией на него. Эти факторы, являющиеся проявлением экстремальной ситуации (см. с. 26), сами по себе не вызывают болезнь, но могут иметь решающее значение для ее возникновения в зависимости от индивидуальной чувствительности к данному фактору. Только после превышения определенного, индивидуального порога чувствительности данный социальный фактор может вызвать заболевание. Некоторые люди продолжают болеть даже после прекращения действия повреждающего фактора (неврозы и депрессии после окончания воздействия стрессовых факторов).

Болезнь часто означает неудачную попытку адекватного знакомства с повреждающим фактором.

Специфические причинные факторы. Социально-эпидемиологические исследования выявляют статистические корреляции между действующими культуральными или социальными факторами и душевным заболеванием (например, между шизофренией

и социальным слоем — социальными условиями в данной среде, между безработицей и алкоголизмом и т. д.). При расшифровке причинных корреляций следует придерживаться комплексной статистической стратегии исследований. Постановка вопроса о первопричине психических заболеваний, лежащей в социальном окружении, не находит подтверждения.

Культуральные и социальные условия через воспитание и окружающую среду действуют путем *личностного реагирования* (вторичный социогенез). Во взаимосвязи с конституциональными факторами они могут не только образовывать *болезненные симптомы*, но и формировать *предуготованность* для различных повреждающих ситуаций (болезненный пункт или, наоборот, способность к отторжению, неприятию). Культуральные и общественные факторы обуславливают также множество психических запретов против не поощряемых в обществе желаний, порой даже их отмену (Анна Фрейд, Devereux, 1974, и а.).

Часто культуральные и общественные перемены (например, массовая безработица) приводят к декомпенсации «больных пунктов» или «слабых мест», приводя к декомпенсации, т. е. *манифестации*, ранее *латентной* готовности к болезни. Некоторые, попадая в соответствующую травмирующую ситуацию, вытесняют ее. Другие же оказываются в ситуации «вырванных корней» (массовая эмиграция, проблематика гастарбайтеров).

Течение (третичный социогенез)

Социальные условия могут воздействовать на течение психических заболеваний. Отсутствие соответствующих лечебных заведений, так же как узкая или недостаточная сеть психосоциального обслуживания, скрывает психические расстройства и те последствия, к которым приводит их течение. Бедность психиатрических институтов приводит к первичной диагностике повторных больных (Wing и Brown, 1970) и так называемому синдрому госпитализма, т. е., в конечном счете, к оседанию больных в психиатрических больницах. И, наоборот, в некоторых случаях, особенно при хронической шизофрении, при предъявлении чрезмерных усилий и требований для реабилитации могут возникать психотические обострения и/или глубокие депрессии, приводящие к суициду.

Выводы

Замечание. Знание врачом общих социальных факторов не должно скрывать от него индивидуального и социального анамнеза. Множество проявлений заболевания пациента нуждается в серьезном объяснении, в зависимости от того, членом какой социальной группы он является. Нельзя также считать разрушающие социальные факторы последней и исключительной причиной заболевания. Соматическое, индивидуальное, психодинамическое и социодинамическое тесно переплетаются между собой в клинической картине заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- Devereux G.: Normal und Anormal. Suhrkamp, Frankfurt 1974.
Faris R.E., H.W. Dunham: Mental Disorders in Urban Areas. University of Chicago Press, Chicago 1939.
Freud A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München 1975.
Hollingshead A.P., F.C. Redlich: Social Class and Mental Illness. Wiley, New York 1958.

- Katschnig H.: Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Urban & Schwarzenberg, München 1980.
 Kleiber D., D. Henkel: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie IV/1983. Studien zur kritischen Psychologie. Pahl-Rugenstein, Köln 1983 (S. 18–42).
 Nathan T.: La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Dunod, Paris 1986.
 Wing J.K., G.W. Brown: Institutionalism and Schizophrenia. University Press, Cambridge 1970.
 Wulff E.: Ethnopsychiatrie. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1978.
 Wulff E.: Psychisches Leiden und Politik. Campus, Frankfurt 1981.

4 Переработка и следствия экстремальных ситуаций (социальная изоляция, арест, террор, психоиндокринация)

Цель обучения

Получение знаний о психологических и психопатологических последствиях, связанных с экстремальными состояниями изоляции, страха, ареста, терроризма и деструктивного воздействия на духовную независимость.

Классификация

МКБ:	308	— психогенные реакции (острые ситуационные реакции)
	309.1	— пролонгированные депрессивные реакции
	312	— нарушения социального поведения
	298	— реактивные и психогенные психозы
DSM III:	308.30, 309.81	— острые и хронические посттравматические стрессовые реакции
	298.80	— кратковременные реактивные психозы

Душевное здоровье каждого человека зависит от целенаправленных, относительно безопасных и свободных от страха межперсональных контактов, гарантирующих минимальные условия в данной ситуации. Увеличение межличностной изоляции, подавление страхом, неразрешимость прежних жизненных планов и отсутствие перспектив на будущее, выраженное по интенсивности и превышающее критические границы, приводит к крайним случаям «приспособления» в форме психопатологической переработки. Это приводит к зависимости от измененных психосоциальных стереотипов (самозащита, идентификация с распространенными ситуационно обусловленными идеалами), к кратковременным или пролонгированным психореактивным, психосоматическим или психотическим расстройствам. Каждое состояние (острое возбуждение, ступор или сумеречное состояние сознания, хронифицированная реактивная депрессия, вегетативно-астенические пролонгированные статусы, острые и хронические психосоматические расстройства и т. д.), с одной стороны, может быть преформировано личностными особенностями, а с другой стороны, определяется брутальностью ситуационных стрессоров.

Существенным является то обстоятельство, что человек не может быть безгранично угнетен экстремальной ситуацией. Он может противостоять более или менее длительному напряжению своего психического здоровья в условиях взаимного доверия, уверенности в себе и устойчивого настроения.

Переработка острых переживаний ужаса, страха, насилия

Психиатрические расстройства у жертв разбойных нападений и сексуального насилия, у участников и свидетелей дорожных катастроф, сопровождающихся гибелью близких и родных, захвата заложников и убийств, у людей, переживших умышленное убийство близких родственников, у жертв технических и природных катастроф (наводнений, взрывов, землетрясений) требуют врачебного участия в возрастающих размерах. В острых стадиях переживания страха или утрат часто возникает оцепенение или двигательное возбуждение с сужением сознания на переднем плане клинической картины. Позднее у этих людей развиваются упорные нарушения поведения со страхом или подавленностью. По мере вытеснения или частичного удаления из поля сознания переживаний угрозы появляются психосоматические (см. с. 124) или конверсивно-неврологические (см. с. 100) расстройства.

Клинико-психиатрическая терапия здесь особенно необходима, прежде всего при суицидальных тенденциях. В инициальных стадиях необходимо применять фармакологические средства, подавляющие страх. Очень важно поддерживающее психотерапевтическое участие во всех шагах по восстановлению круга привычных жизненных связей. Если на первом плане стоит вытеснение психотравмирующих переживаний, то может оказаться полезной целенаправленная психотерапевтическая переработка (катарсис).

Врач общей практики должен взаимодействовать с психиатром для определения психотерапевтических путей и действий для помощи жертвам катастроф и насилия.

Изоляция как экстремальное условие

Экспериментальные исследования переживаний и поведения при сенсорно-социальной депривации в так называемой «камере молчания», исключающей вибрацию, акустические воздействия и общение с другими людьми, выявляют у здоровых подопытных возрастание реакций страха, нарушение способности к проекции своих впечатлений вплоть до обмана чувств и иллюзорного восприятия окружающего, т. е. погружение в регрессивно-детскую систему взаимосвязей. Такие ситуации моделируются также в форме нарушения границ восприятия после операции на обоих глазах, в темноте, связанной с обвалом, и т. д.

Одиночество и темнота в сочетании с изоляцией могут привести человека, не подготовленного соответствующими упражнениями к психологическому сопротивлению, к психическому кризу вплоть до психозоподобных состояний (в старых психиатрических представлениях так называемые тюремные психозы и состояния беззащитности при аресте). Агрессивное возбуждение, нарушение ориентировки, суицидальные действия встречаются достаточно часто. Продолжение суицидальных намерений и нарушений поведения в ответ на сигналы, которые могут напоминать или повторять вызвавшие ранее страх сцены, может носить упорный характер.

В хронификации таких нарушений играют роль травмирующие условия (недоедание, пролонгирование и монотонность факторов, вызывающих страх, лишение сна, длительное пребывание в освещенной камере, длительная процедура допросов).

Исследования состояния репрессированных свидетельствуют о подчинении агрессору или даже идентификации с ним. Одинокое заключение, основанное на юридических нормах, как правило, не приводит к расстройствам психиатрического круга. Связанное с одиноким заключением ограничение контактов и свободы (особенно при пожизненном заключении) может при наличии личностного предраспо-

ложения вызывать хронические неврозы и личностные расстройства (см. с. 111). В ФРГ действует закон о компенсации для жертв повторных арестов: в этих случаях врач может давать соответствующие экспертные рекомендации.

*Психические нарушения при длительно действующих
экстремальных нагрузках (стрессоры гонений и преследований)*

Исследования психических нарушений у лиц, подвергавшихся преследованиям как жертвы нацизма по расистским, политическим и религиозным причинам, показывают, что жизнь в условиях террористической угрозы (гетто, нелегальное положение, жизнь в укрытиях, принудительный труд, концлагеря) причиняет ущерб психическому здоровью. Пока расистские, политические и иные «мировоззренческие» мотивы террора переполняют наш мир, совесть и опыт немецких врачей подвергаются испытанию и требуют от них предупредительных мер.

«Психиатрия преследуемых» свидетельствует о том, что у большинства переживших систематический террор выражены анестетические, реактивно-депрессивные, фобо-невротические и другие диссоциативные расстройства. Пережившие вынужденную эмиграцию, слежку, преследования и систематические издевательства дают такого же типа реакции. Личностные нарушения у жертв преследования выражены тем значительнее, чем продолжительнее и brutальнее воздействует на них терроризм. Это ограничивает их шансы на защищенность, стабилизацию психического состояния и установление солидарной связи с другими преследуемыми.

Конфронтация с открытым террором часто приводит к возникновению паники («суицид на проволоке под электрическим напряжением»), острому аффективному параличу («аффективная анестезия» со сновидно-дереализационным отключением от актуальной угрожающей ситуации), редуцирование поведения до квазианималистической техники переживания (сверхугодность при исполнении рабочих заданий в лагерях принудительного труда вплоть до идентификации с насильниками), прогрессирующая апатия вплоть до пассивного суицида при длительном голодании и страхе (Muselman-Stadium — апатическое, исполненное терпения отношение к своей судьбе при ситуации преследования).

После освобождения: часто многолетний бедный симптомами интервал с легкими вегетативно-астеническими проявлениями и чрезмерной активностью, направленной на самообеспечение. В период приспособления к новой культурной среде (и новым условиям): нервные срывы с депрессивным обескураживанием (депрессивным чувством растерянности) и длительной декомпенсацией, суицидальные проявления, отпечаток хронически-агрессивного напряжения на всей деятельности, сенситивно-недоверчивое состояние с обращенностью к прошлому, фиксация на самообмане, возникновение иллюзий и бредовых идей психодинамического происхождения, развитие психосоматических (преимущественно желудочно-кишечных и кардиоваскулярных) нарушений. Переживания старения приводят часто к депрессивным синдромам, которые подвергаются вторичным витально-эндогенным преобразованиям (так называемые поздние проявления).

Каждый подвергшийся преследованиям остается на протяжении всей своей жизни травмированным своим опытом соприкосновения с терроризмом. Каждый вынужден насильственно вспоминать ужасные сцены прошлого, на протяжении десятилетий воспроизводимые в дневных фантазиях, ночных страхах, запечатленных реакциях ужаса, каждый потерявший родных и близких ожесточенно возвращается к патоло-

гическому кругу переживаний собственной вины. Полная ненависти длительная позиция актуализации угрожающих переживаний находит отражение в поведении и затрудняет контакты в кругу родных и в профессиональной области. Даже дети лиц, подвергавшихся террористическому преследованию, вследствие неуравновешенности своих родителей страдают личностными нарушениями («преследуемые второго поколения»).

При психических заболеваниях жертв терроризма и насилия, предрасположенных к шизофреническим и аффективным психозам, эти обстоятельства (психическая травма и эндогенная предрасположенность) играют роль совместного причинного фактора в течении болезни.

Оценка причин возникновения заболевания и оценка болезненных проявлений у лиц с нарушениями личности вследствие переживаний, связанных с преследованием, является чрезвычайно ответственной задачей психиатрического консультирования в связи с необходимостью компенсации причиненного им ущерба, гарантированного законодательством ФРГ (см. с. 432).

Деструктивная психоиндоктринация

Законы возникновения и изменчивости мыслей, чувств и поведения людей путем усиления желательного и подавления нежелательного устанавливаются единообразным способом поведения и определяются как индоктринированное разрушение личности (разрушение личности вследствие воздействия тоталитарных доктрин). Древний педагогически-этический принцип уменьшения чувства страха путем поощрения и наказания, в период инквизиции служивший возвышению Божьего величия, в подготовительной стадии политического процесса действенен так же, как в индоктринальных ритуалах религиозных сект и в традиционных ритмических ритуалах военизированных или милитаризированных организаций и группировок.

Квазирелигиозные ритуалы экстатического «очищения» и политическая техника перевоспитания («промывание мозгов») приводят к поразительному выравниванию личностных особенностей, к удивительному сходству вовлеченных в индоктринацию людей. В первой фазе «индоктринации» происходит радикальное отторжение от прежних групп и связей («tail cutting», «отрезание хвоста»). Сразу же устанавливается реальная или воображаемая конфронтация со стимулом, вызывающим страх: бесовскими проповедями, прикосновением ядовитой змеи, демонстрацией открытых экзекуций и т. д. При этом путем вызванного страхом или экстазом состояния сужения сознания, интенсивность которого увеличивается монотонными ритмическими движениями, достигается имплантирование нового поведенческого стереотипа в форме эмоциональных качелей от эмоционального устрашения (угроза родственникам, информационная блокада путем депортации упрямых и строптивых, награда за желательные декларации путем запугивания, требования доносительства, лишение сна, отказ от юмористических оценок) до предоставления индивидуальной биографии в распоряжение потенциального «симпатичного» надсмотрщика путем идентификации с ним. Консолидация нового поведения и профилактика возможного возврата к прошлому достигается через жесткие связи в ячейках, коллективные исповеди, требования прекращения биосоциальных контактов, «испытания мужества», требования преданности.

Большое значение для врачебной практики при деструктивном психоиндоктринировании в настоящее время имеет влияние *криминальных молодежных сект*. Входящие в группу и связанные клятвой и общими «идеалами» объединены общими принципами техники социальной изоляции через вынужденную проституцию, криминализацию и пр. Элементы такой практики мы находим в солидарных действиях

радикальных террористических объединений, в коллективной правовой пропаганде и методах перевоспитания, применяемых политическими диктаторами.

Деструктивная индоктринация тем действеннее, чем менее выражены предсуществующие у данной личности религиозные, политические и др. установки и умственные способности. Такая индоктринация может быть тем продолжительнее и крепче, чем выраженнее давление на группу страха и насилия групповой солидарности.

Профилактика и терапия

Терроризм, экстремизм и доктринализм требуют превентивных мер, лежащих в политико-правовых рамках. В мире, где наряду с техническим настоящим живет политико-религиозный атавизм, врач может помогать жертвам с возникающими психологически-медицинскими нарушениями.

Защита против актуального терроризма или индоктринации: поддержка лучшего соматического состояния, предотвращение нарушений сна, правовая защита от ущерба, причиняемого мышлению и образу мыслей и установление (организация) нейтрального общественного сознания, стереотипов и представлений.

Для обратного развития психоиндоктринирования рекомендуется наркоанализ и групповая воспитательная психотерапия. Психологическая помощь жертвам террористов должна проводиться тотчас же после освобождения и должна быть скорее ориентирована на общемедицинские и гуманистические принципы, чем на психиатрические аспекты. Совместное консультирование освобожденных от криминальных юношеских сект детей и юношей должно проводиться путем взаимодействия родителей и тех, кто призван устанавливать новую систему отношений.

ЛИТЕРАТУРА

- Baeyer W.v., H. Hafner, K.P. Kisker: Psychiatrie der Verfolgten. Springer, Berlin 1971.
Lempp R.: Extrebelastung im Kindes- und Jugendalter. Huber, Bern 1979.
Matussek P.: Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Springer, Berlin 1971.
Stoffels H.: Schicksale der Verfolgten. Springer, Berlin 1990.

5 Психиатрическое обследование, диагностика, классификация

Цель обучения

Проведение психиатрического обследования; отнесение выявленных расстройств к определенному диагнозу, умение различать основные группы психических заболеваний.

Психиатрическое обследование

Важнейшим методом психиатрического обследования является *беседа с пациентом*. Она преследует две цели:

- дает пациенту возможность высказать врачу свои жалобы, заботы и нужды, позволяет врачу получить данные о личности больного, его жизненных обстоятельствах и анамнезе жизни;

— является необходимой предпосылкой для установления диагноза, который имеет решающее значение для дальнейшего лечения.

Психиатрическая беседа, проводимая с целью обследования, может носить так называемый «открытый», неструктурированный характер, причем врач, проводящий обследование, позволяет себе при выборе темы руководствоваться спонтанными высказываниями пациента. Обследуемый может придать беседе определенное направление своими целенаправленными вопросами. В этом втором случае он структурирует беседу более или менее жестко. В первом случае речь идет о так называемом психиатрическом *интервью*, во втором — о *разведке* (обследование с помощью целенаправленных вопросов для выявления симптомов болезни).

Переносить центр тяжести на интервью целесообразно в тех случаях, когда есть основания предполагать, что в дальнейшем понадобится *психотерапевтическое лечение*. Разведка же направлена на активное выявление психопатологических симптомов. При психиатрическом обследовании центральную роль играет *анамнез* пациента. В результате беседы опытный врач часто уже бывает в состоянии подойти к предположительной диагностической оценке.

При каждом психиатрическом обследовании нужно иметь в виду, что оно одновременно является стартом для терапевтического подхода и, следовательно, *началом лечения*. Нередко уже первая беседа с врачом определяет, почувствовал ли пациент, что врач воспринимает его всерьез и сочувствует его нуждам и проблемам, испытал ли он доверие к врачу и будет ли следовать его терапевтическим рекомендациям или же по его инициативе лечение раньше или позже будет прервано.

Часто возникает ситуация, при которой близкие больного ищут совета и помощи для заболевшего члена семьи, которого врач еще не знает. В таких случаях рекомендуется не давать никаких преждевременных советов, но постараться, по возможности, познакомиться с пациентом. Если этот последний отклоняет предложение посетить врача в часы его приема или не в состоянии это сделать, то следует посетить пациента на дому, если по описанию членов семьи можно предположить наличие тяжелых психических расстройств.

Внешнее оформление (Arrangement)

Для первой беседы с пациентом, которого предполагается обследовать амбулаторно, желательно назначить время предварительно. Беседа должна проходить в спокойной обстановке, без утомительного ожидания в приемной. Во время беседы желательно избегать переговоров по телефону и участия третьих лиц. Если беседа проводится в больничной палате, необходимо, чтобы другие обитатели этой палаты покинули ее. Желательно, чтобы между врачом и пациентом не было преграды в виде письменного стола. Пациента следует усадить сбоку от стола, а еще лучше — за отдельным столом, вокруг которого стоят одинаковые стулья. Как правило, врач сам должен проводить больного в кабинет и тотчас же представиться, если до того они не были знакомы.

Если пациента сопровождают родственники, друзья или знакомые, то врач всегда в первую очередь начинает беседу с пациентом. Если пациент производит впечатление депрессивного или совсем беспомощного или же это человек преклонного возраста, то полезно призвать на помощь сопровождающих его для участия в общей беседе. При этом пациент должен по возможности оставаться главным собеседником.

Зачастую оказывается полезным сразу сказать пациенту, каким временем для беседы располагает врач (как правило, не менее 20 минут и не более 1 часа). Успокое-

нию больного способствует также высказанное врачом замечание о том, что звание обязывает его к сохранению врачебной тайны и что он без согласия пациента никому, в том числе и родственникам, не сообщит сведений, которыми располагает о пациенте.

Начало беседы

В целом, правильно начинать беседу с прямого вопроса, например: «Что я могу для вас сделать?» или «Что привело вас ко мне?». В том случае, если врач располагает какой-нибудь предварительной информацией о пациенте, это необходимо сообщить пациенту в самом начале беседы. Также важно не отдавать в беседе предпочтение одной и той же схеме. При этом решающим фактором должно стать намерение сделать все, что способно облегчить больному беседу, и избежать всего, что ее затрудняет. Сюда относится умение соблюсти такт и проявить понимание больного и при всех обстоятельствах отказаться от создания атмосферы допроса. Нужно постоянно напоминать себе о том, что психически больной — это человек, который при решении своих жизненных проблем пережил кораблекрушение и не в состоянии вновь обрести себя без посторонней помощи. Именно на эту волну должен настроиться лечащий врач характером своих вопросов и умением выслушивать ответы на них.

Врач, обладающий накопленным годами опытом, может внести в беседу «собственную ноту», если умеет критически оценить ее психологическое воздействие. Во время беседы следует избегать делать записи, касающиеся биографических сведений о пациенте.

Рекомендуется доброжелательное, сосредоточенное «сочувственное внимание» к проблемам пациента и «свободное, ненапряженное наблюдение», особенно за нюансами выразительных средств и еле заметными оттенками в процессе беседы. Так как в *вводной части беседы* больной имеет возможность высказать врачу свои жалобы, страхи и опасения, то задача врача ограничивается тем, чтобы:

- поддерживать беседу;
- подвести больного к тому, чтобы он конкретизировал свои высказывания и иллюстрировал их примерами;
- выразить доверие к его чувствам.

Цель может быть достигнута, если обследующий врач ставит некоторые наводящие вопросы или с подчеркнутым пониманием повторяет последние высказывания больного, но в несколько измененном виде. Глубиннопсихологические толкования или оценки на этом этапе неприменимы.

Врач поступит правильно, воспринимая с вниманием те чувства, с которыми пациент отнесся к нему, так как в беседе нередко отражаются конфликтные установки в отношении других социальных «собеседников» пациента, и эти установки остаются действенными во время обследования и переносятся на врача. Не менее важно сформировать во время первой беседы свои собственные чувства к пациенту (*«обратный перенос»*). Оставаясь нераспознанными, они проникают в беседу и мешают ей.

Психиатрические пациенты, в частности больные шизофренией, чрезвычайно тонко чувствуют подспудные побуждения своего визави. Рекомендуется избегать в беседе иностранных слов, особенно медицинских терминов и, прежде всего, психологических и психиатрических определений. Ни по диалекту, ни по социальному жаргону не нужно стараться уподобиться пациенту, но в своем собственном вчувствова-

нии в пациентов, принадлежащих к различным социальным слоям, надо уметь увидеть тест на широту собственной терпимости и социальных воззрений. Если к моменту окончания беседы обследующий врач уже имеет сложившееся представление о пациенте, о том, как тот «любит и живет», то это означает, что в обследовании больного сделан существенный шаг на пути к цели.

Продолжительность вводной фазы зависит от содержательности сообщений пациента. Но при всех условиях она не должна занять больше половины времени, предназначенного для приема. Полученные за это время анамнестические, биографические и психопатологические данные должны лечь в основу последующих мероприятий.

Средняя часть беседы — обследование

Когда установлено наличие тяжелых психопатологических симптомов, таких, как бред, обманы чувств, навязчивости, нарушения мышления и аффективные расстройства, мнестические функциональные расстройства и другие, рекомендуется на этом этапе беседы уточнить с помощью целенаправленных вопросов предполагавшиеся поначалу обстоятельства. Теперь предпочтительно обратиться к состоянию больного в данный момент и постепенно уточнить отдельные этапы его жизни, болезни. Во всяком случае, расположить полученные факты в хронологическом порядке можно только тогда, когда больной помогает в этом. Целесообразнее всего на втором этапе беседы перенести центр тяжести на анамнестические сведения, какими их представляет себе сам пациент. Если, наконец, удастся достигнуть в беседе стабильного взаимопонимания, то становится уже легче дополнительно расспросить больного о его семейных и социальных связях, об истории его болезни и т. д.

Если во вступительной части беседы вы не выявили особенно бросающихся в глаза психопатологических симптомов, но все же получили указания на наличие *интрапсихических конфликтов* или на весомые внешние отягчающие обстоятельства, которые находятся в связи с предъявляемыми жалобами, то дальнейшее обследование должно быть посвящено выяснению этих обстоятельств. Важно выяснить, при каких обстоятельствах впервые появились болезненные симптомы и жалобы, при каких обстоятельствах они усиливаются или ослабевают, какие последствия они имеют для больного. И, наконец, особое значение имеет то, каково представление самого больного о причинах его жалоб и как, по его собственному убеждению, можно наилучшим образом ему помочь.

Прежде чем беседа при активном содействии обследующего врача подойдет к *заключительной фазе*, необходимо уяснить себе следующие связи:

Что привело больного к врачу? Пришел ли он по собственной инициативе или его кто-то направил? Имеет ли место «давление болезни»?

Почему он пришел именно сейчас?

Какие психические и социальные проблемы стоят перед пациентом и в какой мере в них вовлечены другие лица?

С какого времени существуют эти проблемы?

Лечился ли пациент раньше по поводу этого или другого психического расстройства?

В стационаре? Амбулаторно? Кем? Как долго? Какими средствами?

Кто испытывает большие трудности: сам пациент или его окружение?

Страдает ли пациент органическим заболеванием?

Нужны ли для уточнения другие диагностические мероприятия?

Каковы представления самого пациента о своих проблемах? Считает ли он себя больным?

В состоянии ли пациент своими силами справиться с существующими трудностями?

Нацелен ли он на продолжение предложенного ему лечения?

Чем еще может помочь ему лечащий врач?

О предстоящем окончании беседы больному должно быть сообщено своевременно, чтобы он мог соответственно настроиться и со своей стороны задать последние вопросы.

Заключительная фаза

Прежде всего, эта фаза имеет особое значение для первой ознакомительной беседы. Врач должен подвести итоги проведенной беседы и, по возможности, сообщить пациенту в доступной для него форме *диагноз и прогноз* его заболевания, если это ему необходимо. И, наконец, необходимо подойти к теме: что делать дальше? Нужно ли для дальнейшего уточнения

- продолжить беседы;
- предпринять соматическое обследование;
- провести тестирование;
- начать медикаментозное и/или психотерапевтическое лечение;
- рекомендовать передачу другому врачу;
- рекомендовать стационарное или полустационарное лечение.

Предложенные меры должны быть убедительно обоснованы и основные соображения врача сообщены пациенту.

При всех обстоятельствах больному должны быть разъяснены: назначение медикаментов, их действие и возможные побочные явления. Должно быть также разъяснено, что следует предпринять в случае непереносимости к назначенным препаратам.

Психическое состояние

Целью психиатрического обследования является не только необходимость прояснить и понять содержание переживаний больного, его жалобы и мотивы поведения в динамическом аспекте, но и одновременно получить представление о состоянии (на момент обследования) различных психических функций, особенно в плане имеющих нарушений в отдельных областях. Само собой разумеется, что при этом постоянно возникает вопрос о «нормальности» отдельных функций. Если при первом контакте речь идет о том, чтобы *с пониманием* вчувствоваться в проблематику больного, то, с другой стороны, необходимо по возможности наиболее точно *описать* больного со всеми его особенностями и сформулировать его психопатологические симптомы. Оба аспекта не исключают друг друга. Напротив, такой подход обеспечивает возможность составить себе представление о личности больного в целом. Да, можно утверждать, что искусство психиатрического обследования как раз и состоит в том, чтобы в зависимости от необходимости, продиктованной ситуацией, и от цели обследования сделать акцент на выбранном уровне. Однако это удастся только тогда, когда врач, проводящий обследование, компетентен в обоих системных подходах: в глубинно-психологическом и в описательно-психопатологическом, и умеет пользоваться ими в равной мере.

Психопатология отдельных психиатрических синдромов представлена в соответствующих главах. Поэтому в данном разделе даются только некоторые краткие указания, на что следует обратить внимание при первичном обследовании пациента.

Как правило, психиатрическая беседа сама по себе и наблюдение пациента дают достаточно материала, чтобы получить ясное представление о следующих функциях:

сознание;
степень ориентированности;
восприятие;
понимание;
мышление, ход мыслей, содержание мыслей, способность к принятию решений;
основное настроение и аффективные реакции;
мнестические функции;
интеллект;
психомоторная выразительность.

Точная дефиниция отдельных терминов содержится отчасти в описании отдельных клинических картин, а в обобщенном виде — в Руководстве по документации психиатрических симптомов, в так называемой системе АМР, куда и следует обратиться за информацией.

Оценка состояния по результатам психологического тестирования

В некоторых случаях для уточнения психического состояния, но прежде всего для уверенного разграничения органических мозговых и невротических нарушений, обусловленных конфликтом, применяется исследование с помощью психологического тестирования. Как правило, оно проводится медицинским психологом, который и должен определить, какие тесты следует применить. Врач должен ограничиться тем, чтобы в совместной беседе с психологом сформулировать круг вопросов, которые помогут психологу правильно выбрать соответствующие тесты. В клинической практике вопросы преимущественно касаются работоспособности (например, Hawie, Benton, d2) и методов изучения структуры личности (например, Rohrschach, TAT, FPI).

Соматическое обследование

Подробное соматическое и, особенно, неврологическое обследование является неотъемлемой составной частью каждого психиатрического заключения, так как:

- одновременно, но независимо от психического нарушения может иметь место соматическое заболевание;
- возможно, соматически обусловлена причина или одна из причин психического нарушения, и она не должна быть упущена из виду;
- многие пациенты по праву ожидают от врача проведения соматического обследования и испытывают чувство неудовлетворенности, если такое обследование не проводится.

Необходимы ли лабораторные исследования, и если да, то какие из них должны быть проведены в каждом конкретном случае, решается в зависимости от состояния больного.

Психиатрический диагноз

Наряду с постоянно присутствующим соматическим аспектом важнейшей целью психиатрического обследования является диагностическое определение заболевания в рамках нозологической системы. Это заключение должно быть сделано с учетом всех полученных данных и их критической оценки. Необходимые для этой работы и определяющие ее соображения будут представлены при обсуждении отдельных клинических картин болезни. Резюмируя, можно сказать, что:

— психиатрический диагноз никогда не может быть установлен на основании одного-единственного симптома; решающее значение имеет цельная картина, так как отдельные психопатологические симптомы многозначны и в диагностическом отношении неспецифичны;

— окончательный диагноз не может быть установлен без полного соматического и, особенно, неврологического обследования и дополнительных параклинических исследований.

Таким образом, диагностический путь в психиатрии принципиально не отличается от пути, принятого в общей медицине. Он начинается со сбора информации, ее оценки и взвешивания и заканчивается сравнением выявленных у больного симптомов с известными в психиатрии клиническими картинами.

Полученное в результате клинико-психиатрическое представление о состоянии пациента охватывает отдельные элементы, которые могут быть систематизированы следующим образом:

1. основные даты личной, семейной жизни, социальное положение;
2. личный анамнез (особенно раннее детство, сексуальность, межперсональные отношения и конфликты);
3. история семьи;
4. социальный анамнез;
5. история заболевания;
6. жалобы в настоящее время;
7. соматическое и, особенно, неврологическое состояние;
8. данные клинико-психологического и диагностического тестирования;
9. данные специальных соматических исследований;
10. психопатологические данные (в случае необходимости — психодинамические соображения);
11. краткое резюме всех полученных данных;
12. предварительный диагноз;
13. гипотетический прогноз;
14. план лечения;
15. последующий дневник проводимой терапии по стандартной форме или в свободном изложении;
16. окончательный диагноз;
17. обобщенная запись в форме эпикриза.

Классификация

В то время как в общей медицине классификация болезней осуществляется по причинам их возникновения, в психиатрии это невозможно, так как причины большинства психических заболеваний неизвестны. Поэтому используются другие критерии.

например подобие симптомов и особенностей поведения или сходство в течении болезни. Такая группировка заболеваний с определенными общими признаками и называется классификацией.

Каждая классификация означает как необходимую, так и обедняющую редукцию клинической реальности. Чем сложнее причины и течение заболевания, тем многочисленнее и запутаннее системы классификаций. В сотнях психиатрических систем, начиная с Гиппократата, находит отражение в основном патогенетическая идеология авторов, а не истина больных.

Классификации служат сравнительной диагностике и прогнозированию, международному взаимопониманию, касающемуся номенклатуры, единой системе клинического обучения. После Второй мировой войны благодаря усилиям ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) сделана попытка создания единой для всего мира психиатрической классификации с целью преодолеть «вавилонское смешение языков». В настоящее время можно сказать, что эта попытка удалась только частично, так как прежде всего некоторые романские страны и Россия применяют, как и прежде, собственные системы.

В англоязычных странах также конкурируют между собой две классификационные системы: психиатрический раздел МКБ-9 и DSM III (руководство по диагностике и статистике психических расстройств). Обе системы представляют собой компромиссные классификационные конструкции, поскольку, исходя из общеполитических и психиатрических соображений, в единую систему диагностики были включены вопреки ясности и логике противоречащие друг другу диагностические концепции. В Германии в настоящее время одновременно используются МКБ-9 и DSM III (представленная в немецком переводе), но обе они вряд ли получат дальнейшее развитие. Мы не отводим в данном разделе место для их обоснования, так как уже в следующем издании настоящего руководства МКБ-9 и DSM III будут вытеснены вновь вводимой МКБ-10. Предварительно в отдельных главах настоящего руководства приводятся данные о двух действующих в настоящее время классификациях. При этом по дидактическим соображениям в приложении отдается предпочтение МКБ-9.

Обе классификации, при всех своих различиях, обязаны Крепелиновской концепции разделением психических расстройств на три основные группы (система триады):

1. Психозы (МКБ-9: 290–299).
2. Неврозы, личностные расстройства (психопатии) и другие непсихотические психические расстройства (МКБ-9: 300–316).
3. Олигофрения (МКБ-9: 317–319).

Здесь следует указать на то, что приверженность взглядам Курта Шнайдера позволяет также осуществить следующее разделение психических расстройств:

1. Психозы вследствие физических нарушений (напр. деменции и др.).
2. Психозы, не обусловленные соматическими причинами (так называемые эндогенные психозы).
3. Варианты психического существования (неврозы, психопатии).

Классифицировать «прямолинейно» заболевание конкретного пациента практически невозможно. Такая тактика не удовлетворительна, так как болезненные состояния очень разноплановы, а это значит, что они представляют собой «смесь», которая формируется нарушениями в ЦНС, психологическими и социальными факторами. Если это так, то вряд ли заболевание отдельного пациента можно отнести к одной определенной классификационной единице.

Человек с невротической, конфликтной структурой личности подпадает под влияние алкоголя, и вследствие этого у него развивается слабоумие; больной, страдающий артериосклеротическим деструктивным процессом, попадает в ситуацию, усугубляющую его социальную изоляцию, и вследствие этого (в преклонном возрасте) дает невротический срыв; у инфантильного, беспомощного подростка под влиянием конфликта, заложенного в процесс полового созревания, начинается гебефренный психоз и т. д. Поэтому обоснованное отнесение индивидуальной клинической картины удастся часто только с учетом нескольких критериев. DSM III в качестве так называемой многоосевой классификационной системы, которая не признает психических «заболеваний», а вместо них использует понятие о «психических расстройствах» различного рода и степени тяжести, имеет с указанной точки зрения свои преимущества. Однако и эта классификация, как и предшествовавшие ей, не совершит «революции» в психиатрическом мышлении.

ЛИТЕРАТУРА

- Kind H.: Psychiatrische Untersuchung. 2. Aufl. Springer, Berlin 1979.
Das AMP-System. Manual zur Documentation psychiatrischer Befunde. Springer, Berlin 1972.
DSM III — Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Beltz, Weinheim 1984.
ICD-9: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Springer, Berlin 1980.

Цель обучения

Знание аспектов психиатрии периода развития, которые имеют значение для наилучшего понимания психопатологических феноменов в зрелом возрасте. (В то же время, для более широкого и углубленного знания детской и подростковой психиатрии как самостоятельной дисциплины в данной главе делаются ссылки на специальные учебники и руководства.)

**6 Фазы развития
и кризы созревания***Цель обучения*

Умение выработать свой взгляд, исходя из модели эпигенеза, на связь между сенсомоторным и эмоциональным развитием в раннем детском возрасте, с одной стороны, и имеющимися или отсутствующими проявлениями любви близких, ставя своей целью профилактическое психогигиеническое консультирование родителей. Распознавание типичных кризов созревания у детей и подростков; общее врачебное консультирование и ведение таких пациентов в сотрудничестве с детскими и подростковыми психиатрическими службами.

Введение

В противоположность принятому в прежние столетия учению о предопределенности, когда господствовало представление о том, что изначально заложенные создание, развитие и рост являются исключительно расширением и увеличением первоначально заданных, детерминированных (преформированных) структур, функций и особенностей, современная биология (эмбриология) и психодинамическая психология развития отталкиваются от модели развития, изложенной еще Аристотелем, — *эпигенеза*. Согласно этому представлению, развитие протекает как необратимый процесс от недифференцированного начала с *максимальным программным потенциалом и минимальным значением программы*, т. е. с разделением на *циклы или фазы с критическими переходами* к окончательно сформировавшейся личности (с большим проспективным значением программы и колеблющимся до самой смерти проспективным потенциалом). В эпигенетическом смысле развитие с самого начала протекает в тесном, стимулирующем и (интер-)активном взаимном обмене растущего организма с его окружением, причем процесс дифференцирования стимулируется на различных ступенях развития живого существа изнутри, а также внешними «организаторами» (выдвигаемыми на первый план структурами, особенностями и функциями). Так, например, биологически заложенные сосательный и поисковый рефлекс грудного ребенка, рассматриваемые с позиций психологии развития, могут оцениваться как организующий, функциональный принцип *оральной фазы* или также как врожденная «социальная улыбка» (*responsing smile*) младенца как организующий ключевой раздражитель, который имеет важное значение для дальнейшего расширения круга функций в диаде мать—ребенок. Внутри этого функционального круга может со временем развиваться основной эмоциональный опыт, который помогает грудному ребенку в ходе его внематочного созревания формировать свои сенсомоторные функции и нервную систему (миелинизацию пирамидной системы); отличать внешний мир от внутреннего. Одновременно с инициальным освоением мира внешних предметов (объектов), образованием первых, еще несовершенных, «представлений об объектах», постепенно формируется из различных, так же несовершенных, теоретически предполагаемых собственных истоков познающее «Я» как предварительная ступень каждой последующей идентификации «Я». При этом психобиологический эпигенез протекает непрямолинейно и в гармоничной последовательности. Именно в те периоды, когда созревают способности, с особой интенсивностью проявляются противоречивые силы и противоположные тенденции, которые как кризисные волны или «нарушения» предшествуют качественным *субам* развития и отчасти делают их возможными. Такие переходные кризисы свойственны всем высокоразвитым живым существам (они наблюдаются отнюдь не только у людей, но также и у живущих в естественных условиях шимпанзе). На фоне эпигенеза очевидна закономерность, описанная как *закон потенцирования*: если одна функция выпадает или отстает в своем развитии, то ее отсутствие или замедленное развитие (ретардация) будет оказывать тормозящее действие на развитие других функций (отрицательное потенцирование).

Если развитие одной функции опережает другие, то оно оказывает стимулирующее действие на развитие других функций в смысле положительного потенцирования (например, ускоренное развитие речи побуждает развитие дифференцирования восприятий). Однако по *темпу развития* нельзя делать выводов о возможном достижимом конечном уровне.

Для специфического процесса развития человека и для нарушения этого процесса решающее значение имеет то, что грудной ребенок

появляется на свет с *несформированными инстинктами* «*stumpf witternden Sinnen*» (J.E. Herder), что он вследствие своего физиологически незрелого восприятия при рождении в течение более одного года остается полностью зависимым и оберегаемым («повторный обитатель гнезда»), что его рост и половое созревание носят отчетливо пролонгированный характер по сравнению с приматами и что, вообще, определенные «ювенильные» признаки остаются у него на всю жизнь (неотения — термин, применяемый в сравнительной зоологии, анатомии и этологии).

Эти биологические особенности развития находятся в тесной связи со способностями человека к *приобретению* производственных навыков и развитию критических способностей в культуральном и только отчасти в генетическом социо-эмоциональном обмене со своим окружением. При этом он одновременно обретает язык, фантазию, осмысленное отношение к окружающему миру и к самому себе, что означает возможность идентификации — осознание смерти, разрушения, нравственной ответственности. В этом смысле детство и подростковый период не могут считаться ограниченным периодом психологического развития. Вполне возможно, что этот процесс продолжается в течение всей жизни, даже в развитии первичных групп (семьи) и представляет собой непрерывный цикл.

Первый год жизни

Эмоциональность. В первый месяц жизни ребенок ввиду своей беспомощности (незрелость моторики и функций органов чувств) полностью нуждается в уходе для удовлетворения своих потребностей и в эмоциональном обращении того лица, которое осуществляет этот уход (мать). Вследствие внematочной «эмбриональной» незрелости человек как «повторный обитатель гнезда» в течение первого года жизни нуждается в «социальной матке», симбиозе мать—дитя, который постепенно ослабевает по мере возрастания самостоятельности ребенка в процессе созревания его сенсомоторных функций (во взаимосвязи с созреванием пирамидной системы).

Недостаточное или непоследовательное удовлетворение эмоциональных запросов грудного ребенка, которые особенно тесно связаны с приемом пищи и с опытом наслаждения, концентрирующегося в зоне рта (поэтому *оральная фаза*), может привести к нарушению развития в когнитивной и эмоциональной сферах, а также чувства идентификации и способности к самооценке (см. с. 60 след.). При этом *анально обусловленный темперамент* определяет, как ребенок противостоит своему окружению и как при этом развивается его *ранимость*.

В диаде мать—дитя поведение матери определяет основной опыт получения удовольствия, уверенности и защищенности и делает возможным появление «правдоверия», которое является решающим компонентом для дальнейшего осознания себя.

Моторика и восприятие. От 0 до 2 месяцев: накопление различных функций, частично сформировавшихся еще на стадии внутриматочного развития плода (например, ритмическое вращательное движение головы при поиске груди, сосание, улыбка), в ответ на разрешающие раздражители окружающей среды; неспецифические, диффузные процессы восприятия; от 2 до 3 месяцев: глаза следят за движущимся предметом; от 4 до 5 месяцев: хватание предметов, дифференцируются функ-

ции осязания; от 6 до 7 месяцев: поиск спрятанного, увиденного ранее предмета; от 7 до 10 месяцев: ребенок стоит с посторонней помощью, самостоятельно сидит; от 10 до 12 месяцев: бегает при поддержке; от 12 до 15 месяцев: бегает самостоятельно.

Социальное поведение. От 0 до 1 месяца: «аутистическая» или «не имеющая объекта» ступень, при которой связь с физиологическим гомеостатическим равновесием организма перевешивают предполагаемые проприо-энтероцептивные восприятия. В 3 месяца: «социальная улыбка», которая появляется при фронтальном приближении к лицу ребенка. С 2 до 6 месяцев: «симбиотическая ступень» в диаде мать—дитя, во время которой начинается дифференциация в сенсорно-перцептивном смысле. Одновременно происходит развитие схемы тела, парциальных объектов и парциального ядра «Я». 8-й месяц: «страх восьмимесячного» — ребенок плачет и боится, когда к нему приближается незнакомое лицо и когда мать отсутствует; выражение криза первой субфазы фазы высвобождения индивидуальности (с 6 до 7 месяцев), которая может продолжаться до десятимесячного возраста, когда происходит становление раздельного существования, возможность отличить чужого от близкого. 10—12 месяцев: начало второй субфазы индивидуализации и обретения автономии, а также «фазы упражнений» — ребенок в избытке «нарциссизма» ползком удаляется от матери.

Речь. 1—5 слов к концу первого года жизни; фраза из одного слова к 13 месяцам; примерно 30 слов к 18 месяцам; переход к фразам из двух слов и запас примерно из 50 слов к концу второго года жизни.

Психосоматические нарушения и нарушения поведения на первом году жизни: отказ от еды, рвота (пилорус-стеноз), колика у трехмесячного, экзема у грудного ребенка (начиная с 4 месяцев), первые быстрые вращательные движения головой (*Jactatio capitis*) или коленями и локтями (конец первого года жизни) могут быть патогенетически обусловлены нарушениями во взаимоотношениях мать—дитя (в связи с конституциональными факторами).

2—4 годы жизни

Эмоциональность. Ребенок учится все дальше удаляться от матери и обособляться от нее; при этом он одерживает победы и несет поражения под влиянием изобилия устрашающего опыта (вторая субфаза «сепарации—индивидуализации» и «фаза упражнений»).

У ребенка развивается страсть к открытиям. Все, что представляет собой опасность, должно содержаться в недоступном для ребенка месте. Он начинает упражняться в бросании предметов. Предложение отдать что-либо теперь может быть отклонено, ребенок может сказать «нет» (слово «нет» появляется раньше, чем слово «да»). В это же время появляются навыки опрятности (они должны появиться во второй половине второго года жизни) — это одно из первых социальных проявлений. Ребенок может уклониться от сделанного ему предложения, например, осуществлять дефекацию не так, как от него требуется. При этом центр опыта, доставляющего удовольствие или проявляющегося в форме отказа, смещается на анальную зону (анальная фаза) и ее выделения. Начало этого периода совпадает с третьей фазой индивидуализации, «кризом повторного сближения» (начиная с 15-го месяца жизни): ребенок снова «приклеивается» к матери и в то же время стремится отделиться от нее (конфликт амбивалентности).

Слишком ранняя и форсированная «дрессировка» навыков опрятности может привести к глубоким нарушениям необходимых разграничений и мотивировок в детской идентификации.

Если начавшее развиваться детское упрямство (**«фаза упрямства»**) будет насильственно подавляться, то это может привести к формированию излишне пассивного, *лишенного инициативы поведения*. Если к этому присоединятся и другие ограничения в следующей затем *эдиповой фазе*, то в дальнейшем могут наблюдаться *расстройства при обучении, осмыслении* и черты характера с навязчивостями (*навязчивый характер*). Ребенок живет в «волшебном» мире: он еще не умеет делать четких различий между желаниями, мыслями и действиями, между фантазией и действительностью. В восприятии окружающего мира представление об объеме и материи уступает выразительным качествам (так называемое «физиогномизированное окружение»).

Все возрастающую роль наряду с матерью начинает играть отец и вообще третье лицо (создание треугольника как предварительная ступень эдиповой фазы).

Моторика и речь. 1,5–2 года: ребенок может взбежать вверх по лестнице, крепко держать карандаш, играть с мячом, владеть запасом примерно до 200 слов (в зависимости от социального слоя). 2–3 года: он может самостоятельно бегать вверх и вниз по лестнице, может быстро бегать задом наперед, умеет нарисовать круг, говорит «Я», строит фразу из 5–7 слов и к 3 годам владеет запасом до 1000 слов.

Интеллект. Ребенок «думает», «объясняет» действия, распределяет реальные события и ищет связи между ними, однако еще не так, как это делает взрослый, т. е. конкретно и логически.

Нарушения поведения: ночные страхи, поведение, обусловленное фобиями, заикание, недержание мочи и кала (см. с. 62).

5–6 годы жизни

Переживания начинают фокусироваться на *роли собственного пола*. Это чувство подвергается испытанию во *взаимоотношениях треугольника отец—мать—ребенок* (эдипова цепочка) и *приспосабливается к конфликтам*. Мальчик соперничает с отцом, ревнует его к матери и одновременно, любя отца, испытывает чувство вины перед ним, которое меняется в зависимости от обстоятельств. Девочка постоянно перемещает акцент своей привязанности с матери на отца и таким образом попадает в конкурирующее с матерью положение, и поэтому наряду с положительной привязанностью это чувство приобретает оттенок враждебности. Разрешение проблемы раздвоенности чувства по отношению к родителю одного с собой пола, преодоление опыта беспомощности и достижение самостоятельности, в конечном счете, подталкивается (преобладающей) *идентификацией с родителем одного с собой пола* и углублением предъявляемых родителями ребенку требований (к теории развития либидо; см. с. 94 след.).

В ходе этих психосексуальных процессов созревания (**«фаллическая» и эдипова фазы**) ребенок постепенно оказывается способным к собственной половой роли, и это становится предпосылкой возможности генерализовать общественные взаимоотношения и распределить в них роли. В зависимости от того, как преодолевается эдипов конфликт, в значительной мере определяется характер дальнейшего развития, особенно в пубертатном периоде: будет ли оно протекать относительно ненарушенным, или же дело может дойти до *формирования невротических нарушений поведения* и структур характера.

Почти все психоневротические расстройства имеют, по меньшей мере, свои корни в эдиповой фазе. Истерические установки и некоторые психосоматические расстройства могут быть поставлены в связь с так называемым «эдиповым комплексом». Чувство страха, угрозы и невозможность преодолеть эдипов конфликт могут позднее, в соответствующих *«ситуациях испытаний и несостоятельности»*, привести к тому, что вследствие *регрессии*, возврата к более ранним фазам может развиваться определенная фиксация; например, на анальной ступени возникают проявления, имеющие значение в структуре невротической симптоматики (например, при неврозе навязчивых состояний): грызение ногтей, интенсивное сосание большого пальца, вырывание волос, усиленная мастурбация и др. Подобные проявления в этом возрастном периоде могут сигнализировать о наличии эмоциональных трудностей.

7–12 годы жизни

В этом периоде **«первого преобразования облика»** (увеличение роста и утрата облика «малыша») инфантильно-сексуальные стремления отступают на задний план. Поэтому этот период и носит название *«латентная фаза»*. Школьник имеет возможность посвятить себя в эмоциональном плане реальным событиям. Он обучается воспринимать окружающий мир с количественной и материальной позиций (он постигает материальные качества, получает представление о протяженности, объеме, мере и др.). При этом он еще очень зависим от непосредственного, наглядного восприятия, однако уже способен распознавать причинные связи. Теперь на первый план выступают проблемы, связанные со школой и предъявляемыми ею требованиями. Обиды, возникающие в связи с эмоциональной и/или интеллектуальной несостоятельностью, могут мобилизовать массивные страхи и другие личностные трудности (*школьные фобии*, страх перед школой, учебная задолженность). Оборонительная позиция по отношению к школе может подталкиваться определенными недостатками в выполнении школьных требований (см. с. 77), которые по своей сути могут оставаться частично нераспознанными (см. с. 78), например, вследствие *легастении*.

Псевдодебильность может быть обусловлена соматическими заболеваниями (анемия, хроническая ангина, общая астения), эмоциональными расстройствами, причины которых связаны с влиянием среды, обуславливаются и поощряются недостаточными требованиями, что особенно заметно у детей из низших слоев общества. Например, обращает на себя внимание то, что значительная часть детей из лагерей для бездомных запаздывает в школьном созревании и большинство из них вынуждено посещать специальные школы (для детей с врожденной и приобретенной вследствие раннего церебрального поражения интеллектуальной недостаточностью, см. с. 250 след.).

12–18 годы жизни

Пубертат — стадия **«второго преобразования облика»** — и его продолжение, подростковая стадия, представляет собой *кризисный период* развития, так как интенсификация и завершение процесса биологического созревания (достижение половой зрелости) не совпадает с завершением психосоциального развития. Последнее в нашей культуре продолжается еще достаточно длительное время до достижения необходимой психической и экономической самостоятельности.

В историко-биографических источниках мы находим упоминания о кризах созревания в пубертате только после 1750 г. В 1808 г. в немецком словаре впервые появи-

лось слово «Flegeljahre» (т. е. возраст, в котором подросток еще «не перебесился»). Первые монографии о проблемах пубертатного периода появились в конце XIX в. Проблемы *акселерации* (ускорения и запрограммированности биологического созревания) частично обусловлены истинным ускорением процессов биологического роста (таких, как питание, генетические факторы, выраженная гетерозиготность при географически расширенных возможностях для выбора партнера и т. д.). Этот феномен отчетливо проявился вследствие значительного *удлинения периода социализации* за последние 100 лет. Специфические проблемы проявляются во время пубертата в области сексуальности, в связи с уходом из родительского дома, в отношениях с взрослыми друзьями и обретением представления об оценке ценностей. Возрастает значение культуры сверстников, которая в известном смысле представляет собой особую субкультуру. Такие явления, как юношеская преступность, злоупотребление наркотиками, уход в *молодежные секты* и резко возросшее число завершённых суицидов в подростковом возрасте и особенно среди детей, не достигших 12 лет, зависят от многочисленных социокультуральных условий, которые в деталях еще не выяснены. В последние десятилетия стало очевидным влияние таких факторов, как безработица среди молодежи, возрастающие требования к работоспособности и давление отбора в школе и университетах при одновременном снижении шансов на будущее. Эти факторы играют, по-видимому, важную роль не только в росте числа подростковых и детских суицидов, но также в росте числа эксцессов насилия в молодежных движениях и объединениях футбольных фанатов.

Дифференциация половой роли (на ступени *генитальной сексуальности*) заложена уже в предыдущих фазах развития и детерминирована культурными традициями.

С проблематикой эмансипации и сексуальными желаниями может быть связано переходящее чувство неуверенности. Резкий переход от уединения и замкнутости, с одной стороны, к интенсивной, порой экзальтированной активности в группе — с другой, наблюдаются нередко. Неуверенность в переживаниях, связанных с собственной идентификацией, нередко приводит к *переживанию отчуждения*. Хотя эти переживания сами по себе не являются проявлениями болезни и чаще всего кратковременны, они могут быть предвестниками начинающегося шизофренного заболевания.

На раннем этапе пубертатного периода подросток в своем мышлении становится все более независимым от непосредственных чувственных восприятий. Абстрактные категории могут быть отвергнуты и в ход пущены спекулятивные мыслительные конструкции. Здесь также необходимо не упускать из вида различия, обусловленные слоем населения и другими общественными влияниями.

Специфическая для этой фазы неуравновешенность чувственной жизни создает в годы пубертата повышенный риск невротического, психотического, депрессивного заболевания и асоциального поведения.

Наряду с психическими заболеваниями, которые в детском возрасте имеют ту же клиническую картину, что и у взрослых, наблюдаются и *специфические проявления болезни в форме нарушений процесса еды (психогенное ожирение, истощение, булимия), обостренные конфликты с авторитетами и переживание деперсонализации и дереализации* в психодинамике и структуре психосексуальных и психосоциальных проблем созревания в этом возрасте.

Однако одновременно необходимо установить, что типичные неврозы, как и психические расстройства и заболевания другого генеза, в возрасте созревания в

пубертате *диагностируются реже*, чем в раннем детстве (до 12 лет) или в зрелом возрасте. Констатация этого факта ничего не говорит об истинной частоте заболеваний. По крайней мере, опыт показывает, что многие душевные кризы и заболевания именно в пубертатном и подростковом периоде частично маскируются культуральными и субкультуральными надстройками, типичными для данного времени, и частично могут быть компенсированы ими. Между тем, в нашей культуре *пубертатные и подростковые кризы* занимают ведущее место в проблематике душевно-го созревания (см. главу 10).

ЛИТЕРАТУРА

- Ariès Ph.: Geschichte der Kindheit. München 1975.
 Bowlby J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München 1974.
 Erikson E.H.: Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1966.
 Erikson E.H.: Jugend und Krise, Psychodynamik im sozialen Wandel. Stuttgart 1974.
 Fürth H.G.: Intelligenz und Erkennen. Die Grundlagen der genetischen Erkenntnis-Theorie Piagets. Frankfurt 1976.
 Lidz Th.: Das menschliche Leben. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1970.
 Mahler M.S., F. Pine, A. Bergman.: The Psychological Birth of Human Infant. London 1975.
 Nissen G.: Die normale psychische Entwicklung und ihre Varianten. In: Eggers C., R. Lempp, G. Nissen, P. Strunk: Kinder- und Jugendpsychiatrie. 5. Aufl. Springer, Berlin 1989.
 Remschmidt H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 1987.
 Remschmidt H., M.H. Schmidt: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. I–III. Thieme, Stuttgart 1985 u. 1988.
 Rutter M.: Scientific Foundation of Developmental Psychiatry. Heinemann, London 1980.
 Spitz R.A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart 1967.
 Stone L.J., J. Church: Kindheit und Jugend. Einführung in die Entwicklungspsychologie. Bd. I, II. Thieme, Stuttgart 1978, 1980.
 Stork J.: Die seelische Entwicklung des Kleinkindes aus psychoanalytischer Sicht. In: Eicke D. Tiefenpsychologie. Bd. 2. Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts». Beltz, Weinheim 1982.
 Winnicott D.W.: Kind, Familie und Umwelt. München 1969.

7 Синдромы депривации и психопатология дефицитарности в раннем детском возрасте

Цель обучения

Распознавание и профилактика анаклитической депрессии, синдрома госпитализма и других нарушений, обусловленных отлучением в раннем детстве. Знание симптоматики невротических расстройств у детей и подростков, а также понимание психодинамических влияний на ранние проявления дефицита и на духовное развитие ребенка.

Дефицитарные проявления на первом году жизни

Они могут соучаствовать в возникновении определенных нарушений характера и идентификации в дальнейшей жизни: недостаточное отграничение «Я» от внешнего мира, нарушенная основа доверия, несформировавшееся «основное» поведение при

шизоидных, параноидных и сенситивных развитиях психодинамически указывают на нарушение «первичных взаимоотношений» между матерью и ребенком в течение первого года жизни (дефиницию и описание см. на с. 94 след.). Психосоматические нарушения в связи со способом приема пищи также могут иметь свои психодинамические корни в опыте грудного ребенка, причем в дальнейшей жизни несостоявшиеся оральные импульсы независимости могут приобрести особое психогенетическое значение, например при *психогенном ожирении, истощении, язве желудка, влечениях* (см. с. 193).

Уже во время первого года жизни может возникнуть ряд серьезных заболеваний, например стеноз привратника, кишечные колики, нарушения питания с поносом или рвотой, экзема, нарушения сна. Их причиной могут быть нарушенные взаимоотношения мать—ребенок (при нескрываемом пренебрежении матерью эмоциональными запросами ребенка, при чрезмерной опеке, окрашенной боязнью и неосознанным отталкиванием ребенка матерью). Эти заболевания возникают на фоне предрасположенности или перенесенных инфекционных болезней.

Обезьяны, *изолированные* с момента рождения, уже в раннем детстве обнаруживают ряд нарушений поведения (нарушения общественного поведения, нарушение влечений, нарушение схемы тела и болевых восприятий). Во взрослом возрасте эти нарушения могут привести к глубоким психо-биологическим расстройствам сексуальности и материнства. Дети, которых разлучают с матерью в первые месяцы жизни и которые растут в детских приютах и больницах с недостаточным количеством обученного персонала, переживают анаклитическую депрессию. Эта депрессия со временем может перейти в необратимый синдром госпитализма, если ребенок своевременно не попадет под защиту доброжелательно настроенного персонала.

Анаклитическая¹ депрессия

Этот синдром развивается на втором году жизни у приютских детей, которые в это время (например, в связи с госпитализацией) оказываются разлученными с матерью (см. МКБ-9 и DSM III-R: 313.89).

В *первый месяц* после разлуки с матерью или с постоянно ухаживающим персоналом дети становятся более плаксивыми, требовательными, пристают ко всем, ищут со всеми контакта. В течение *второго месяца* плач часто переходит в крик, дети теряют в весе и уровень их развития не повышается. В *третий месяц* дети отказываются от любого контакта. Чаще всего (если разлука произошла на втором году их жизни) они лежат неподвижно в типичной позе на животе. Дело доходит до нарушений сна и дальнейшей потери веса. Дети становятся очень восприимчивыми к обычным инфекциям, которые протекают у них тяжело и могут даже привести к смертельному исходу. Выражение лица становится застывшим и маскообразным. Во время *четвертого месяца* укрепляется застывшее выражение лица. Плач переходит в тихое всхлипывание, более выраженной становится замедленность моторики, доходящая порой до полной летаргии. С этого момента приостанавливается дальнейшее развитие. Если такой ребенок в течение первых трех месяцев вновь обретает постоянную ухаживающую за ним персону, т. е. если у него восстанавливается эмоциональный контакт, то все перечисленные явления могут постепенно исчезнуть. После

¹ Anaclysis (лат.) — прислониться к чему-либо.

пятого месяца изоляции состояние ребенка с уверенностью можно считать необратимым, и в этой прогностически неблагоприятной фазе клиническая картина находится на грани перехода в синдром психического госпитализма.

Синдром психического госпитализма. Происходит дальнейшее замедление моторики, нарастает пассивность, неподвижное лежание в постели на спине, пустое, «слабоумное» выражение лица, ослабление координации взгляда, порой появление атетозных движений пальцев, прогрессирующее понижение темпа развития (в конце второго года жизни IQ 45 % = степень идиотии). Наконец, развивается *маразм*; у этих «эмоционально изголодавшихся» детей наблюдается потрясающе высокий уровень смертности в случае заболевания банальной инфекцией. Выжившие остаются дефектными и в своей летаргии и в отставании в умственном развитии производят впечатление детей с тяжелым органическим поражением головного мозга. Дети, находящиеся в приютах под дальнейшим наблюдением, в возрасте 4 лет за небольшим исключением не могли ни сидеть, ни стоять, ни, тем более, бегать и говорить. Такие крайние формы раннего детского госпитализма развиваются только при *тотальном исключении* аффективной «пищи». При минимальном аффективном отношении, которое еще наблюдается у персонала ряда приютов, возникают *хронические фрустрационные синдромы*, которые позднее могут переходить в разнообразные невротические, социопатические и асоциальные нарушения поведения (доля приютских детей среди осужденных в дальнейшем чрезвычайно велика, см. с. 86 след.).

Стадии анаклитической депрессии. Плаксивость, просящая поза при обращении, потеря аппетита, потеря веса, задержка и постепенная остановка процесса развития (на этой стадии еще обратимая). Во многих стационарных детских отделениях все еще ограничивают регулярный контакт детей с родителями, так как «утихомиривание детей», т. е. их вхождение в анаклитическую депрессию, ошибочно трактуется как «заслуга» персонала. В дальнейшем, но не позднее 5 месяцев, *синдром госпитализма* выражается в отсутствии аутоэротических действий, отказе от контактов, бессоннице, дальнейшей потере мышечной силы, снижении порога чувствительности к инфекциям. Выражение лица остается застывшим, наблюдаются типичные движения пальцев, появляются признаки *маразма*, констатируется высокая смертность. На этой стадии изменения необратимы. Улучшение условий в стационарных государственных воспитательных учреждениях является неотложной задачей социальной и медицинской *первичной профилактики*. Такие чрезвычайные депривационные синдромы, как детский госпитализм, стали в настоящее время очень редкими.

Аутоэротическое поведение

Раскачивание, игра с калом, игра с гениталиями при исключительной своей выраженности могут указывать на наличие эмоциональных расстройств. Ритмические раскачивания наблюдаются в основном после 6-го месяца жизни и выполняются в большинстве случаев в положении животом вниз, «на всех четырех». *Раскачивание (яктация)*, которое в дальнейшем выполняется и в вертикальном положении путем движения корпуса или всего тела взад-вперед, наступает, как правило, в условиях резкой смены эмоционального отношения матери (резкий переход от жестокости к баловству), а также у приютских детей и детей с органическими поражениями головного мозга. У последней группы эти проявления выражены сильнее и бывают более продолжительными. Усиление аутоэротических действий наблюдается в начальной фазе анаклитической депрессии и при других нарушениях настроения, связанных с изоляцией.

Под *аутоэротическим поведением* понимают манипуляции с собственными частями тела или определенные ритмические движения, доставляющие удовольствие, или игру с собственными испражнениями. Определенные *аутоэротические действия* (сосание пальца, игра с гениталиями, игра с испражнениями) *в определенные периоды развития считаются нормой*, если они не преобладают над всем поведением в целом.

Энурез и энкопрез

Энурез (недержание мочи, МКБ-9: 307.6; DSM III-R: 307.60) и *энкопрез* (недержание кала, МКБ-9: 307.7; DSM III-R: 307.70) должны рассматриваться как болезненные симптомы только начиная с четвертого года жизни, т. е. тогда, когда у большинства детей уже завершено воспитание навыков опрятности. Если ребенок не обучен контролировать сфинктеры, то речь идет о *первичном энурезе/энкопрезе*. Если же это нарушение начинается уже после усвоения ребенком навыков опрятности, то оно носит название *вторичного*. Но речь идет не о симптоме однозначного нарушения. Большинство случаев энуреза и энкопреза зависят от психической причины, т. е. являются *функциональными*: возобновление ночного недержания у четырехлетнего ребенка после рождения брата/сестры или после внезапной изоляции от матери; недержание кала отчасти как действие, вызывающее удовольствие, отчасти как агрессивно-защитная реакция на упорное требование соблюдения опрятности. Недостаточное владение сфинктерами мочевого пузыря и кишечника может быть обусловлено также *органическими факторами* (аномалиями строения моче-полового тракта, органическими поражениями головного мозга и неврологическими нарушениями). Ввиду социальных последствий и обратного действия на взаимоотношения родителей и ребенка даже при органически обусловленных нарушениях выделительных функций, необходимо считаться с эмоциональными реакциями ребенка. В реактивно и психогенно обусловленных случаях энуреза и энкопреза необходимо постоянно и тщательно выяснять психодинамические и семейно-динамические взаимоотношения.

Частота. В 85 % случаев речь идет о *первичных* формах энуреза у детей, не достигших четырех лет; процент частоты относительно резко падает по мере увеличения возраста. В возрасте трех лет 40 % детей владеют функцией своего мочевого пузыря в дневное время и/или в ночное время еще не полностью. По достижении пяти лет процент детей, страдающих энурезом, снижается до 15 %; к восьми годам до 7 %, к 15 годам до 2 % и, наконец, к 18 годам до 1 %. Соотношение мальчиков и девочек составляет 3:2. В половине случаев дневной энурез сочетается с ночным. Единственные в семье дети и первенцы заболевают редко. Дети из низших слоев населения и дети из многодетных семей заболевают значительно чаще, в основном из-за того, что им недостаточно прививают навыки опрятности. Имеются указания и на генетическое предрасположение. У более старших детей энурез часто сочетается с нарушением сна и общими невротическими жалобами.

Диагноз. Наряду с клинико-психологической диагностикой показано *бережное* соматическое обследование. Необходимо помнить, что цисто- и ректоскопия в детском возрасте могут переживаться ребенком как тяжело травмирующая их процедура.

Терапия. В случае глубоких психо-невротических расстройств показана детская психотерапия. При незначительных невротических трудностях и относительной изолированности симптома могут быть рекомендованы меры по коррекции поведения (например, звонок, если постель стала мокрой) и/или лечение малыми дозами имипрамина (тофранила).

Хронические запоры в детском возрасте

Они могут развиваться очень рано на фоне конституционального предрасположения в зависимости от определенных ожиданий, эмоциональной установки и опасений матери. Нередко запор прекращается, если матери удастся изменить свое поведение, например быть менее взыскательной и требовательной. Преходящие запоры нередко появляются в период становления навыков опрятности, причем борьба за контроль над сфинктером соответствует анальной автономии во время кризов отчуждения — индивидуализации. В дальнейшем у всех детей, страдающих энкопрезом, находят преходящие или хронические запоры.

Некоторые необычные модели поведения и привычек могут рассматриваться как «странности», если во всем остальном эмоциональность ребенка не нарушена. Но они же могут, при наличии эмоциональных расстройств, стать детскими невротическими проявлениями и/или в силу характера, степени выраженности и длительности принять формы, достигающие степени болезни, например: грызение ногтей, длительное, не соответствующее возрасту, сосание большого пальца и других пальцев, навязчивое вырывание волос (Trichotillomanie), тики и тикоподобные подергивания лица и других частей тела, заикание, ритмическое раскачивание (Jactatio corporis et capitis), навязчивые самоповреждения, атипичные (неэпилептические) припадки, как, например, респираторные аффективные припадки (Temper tantrums) и т. д.

Нарушения разговорной речи

В детском возрасте они играют значительную роль. И прежде всего потому, что в качестве нарушений наиболее дифференцированного средства общения они влекут за собой вторичные расстройства в эмоциональной жизни и/или в учебе. Глухонмота (Audimutitas) вследствие глухоты и тугоухости без компенсаторных мероприятий влечет за собой тяжелые нарушения в общении и обучении. Поэтому необходима возможно более ранняя (на первом году жизни) диагностика расстройств слуха. На первом году жизни ребенок лепечет, даже если у него поврежден слух. В дальнейшем он теряет это умение, если остается без необходимой отоларингологической и логопедической помощи. О поведении, обусловленном мутизмом, говорят тогда, когда ребенок постепенно или внезапно намеренно перестает общаться при помощи речи. Страдающим элективным мутизмом называют ребенка, который перестает разговаривать с определенными лицами (чаще всего с близкими родными, но также и с незнакомыми). Мутизм, развивающийся постепенно, часто идет рука об руку со слабостью влечений, нелюдимостью, склонностью к уединению, боязливостью и выраженной заторможенностью. Могут наблюдаться и другие особенности поведения, которые порой даже выступают на передний план. Особенности поведения при мутизме и элективный мутизм (МКБ-9 и DSM III-R: 313.23), если они появляются внезапно, часто связаны с серьезными и драматическими конфликтными ситуациями. Недостаточное развитие речи, которое меньше касается произношения, а в основном затрагивает словарный запас, относится в большинстве случаев к ближайшему окружению, с которым ребенок количественно и качественно недостаточно общается в беседе. Нарушения интонации, если они, что случается часто, не обусловлены органически, могут быть связаны с другими эмоциональными мотивами, в частности со страхами. Поэтому часто они проявляются избирательно, иногда в форме подавляемых интонаций в разговоре с теми людьми, которых ребенок опасается (например, с отцом,

учителем). То же относится и к элективному мутизму (МКБ-9 и DSM III-R: 313.23). Заикание (МКБ-9: 307.1; DSM III-R: 307.00) проявляется как *клоническое* (ритмическое повторение отдельных звуков в начале реплики) или *тоническое* (звук может быть произнесен только после паузы-апноэ), причем прежде всего наступает блокировка в начале разговора. При возникновении и формировании заикания известную роль играют конституционально-биологические и психогенные компоненты, а также психологическая подготовка к получению навыков обучения и страх ожидания. Их следствием могут стать депрессивные и фобические реакции.

Частота. Одно длительное катамнестическое исследование, проведенное в Британии, показало, что около 3 % детей из обследованной группы населения в течение периода не менее шести месяцев *хотя бы один раз обнаруживали заикание* (пик приходится на возраст 5 лет); около 1 % *страдает хроническим заиканием*, а в возрасте *старше 11 лет новые случаи практически не появляются*.

Терапевтически может быть эффективным специальное логопедическое лечение, а в части случаев необходима психотерапевтическая и/или психофармакологическая поддержка.

Синдромы тиков

Они появляются в детском возрасте в форме преходящих (МКБ-10 и DSM III-R: 307.21) или хронических (МКБ-10 и DSM III-R: 307.22) расстройств и в *большинстве случаев являются моносимптомом*. В редких случаях это *хронический многомерный синдром Жюль де ля Туретта* (Gilles de la Tourette; МКБ-10 и DSM III-R: 307.23). Большинство тиков локализуется в области головы и шеи и, в частности, затрагивают лицевую мускулатуру. Частота случаев снижается «от головы к ногам». Чаше других наблюдается тик моргания (82 %), далее следуют по нисходящей: мимические тики, тикоподобные движения головы и шеи, тики корпуса и конечностей и, наконец, тикоподобные «шорохи»: бормотание, шмыгание носом, покашливание, лающие звуки, хрюканье и т. д. *В редких случаях* наблюдаются моносимптоматические тики вследствие паллидо-стриарных поражений (например, после энцефалита). Однако *большинство* тиков имеют, при соответствующих отношениях в семье, *психогенные причины*. Динамика конфликта чаще всего обусловлена подавлением агрессивных импульсов и/или возможности двигательной выразительности у подвижных детей. Тики часто подавляются рефлексорно. Отсюда частые тики в форме моргания и покашливания.

При *синдроме Жюль де ля Туретта* речь идет о *редкой картине хронического заболевания*, которое более чем в 90 % случаев начинается в возрасте до 11 лет с моносимптомного тика. В дальнейшем присоединяются другие мышечные тики, что постепенно приводит к полной трансформации симптомов: *копролалии* (насиловственному произнесению «фекальных» слов), *эхолалии* (насиловственному повторению слов) и *эхопраксии* (насиловственному воспроизведению движений).

В качестве патогенетических факторов рассматриваются *органические* поражения паллидостриарных структур срединного мозга, приводящие к нарушению допамин-холинергического равновесия. В то же время возможные психогенные факторы до сих пор подвергаются сомнению. *Лечение*: очень хорошее симптоматическое улучшение описано при лечении некоторыми нейролептиками (напр. галоперидолом); желательны поддерживающие психотерапевтические мероприятия для преодоления вторичных трудностей переработки.

Расстройства сна

В детском возрасте они являются следствием эмоциональных трудностей; это, например, трудности засыпания при страхе перед наказанием, при школьных проблемах, под влиянием чувства неполноценности. У детей дошкольного и младшего школьного возраста иногда отмечаются быстро проходящие или затягивающиеся на некоторое время *парасомнии (disorders of arousal)*, к которым причисляют также *ночные страхи (Pavor nocturnus)*, *сноговорение (Somniloquia)* и *снохождение (Somnambulismus)*. Последние являются определенными физиологическими фазами глубокого сна NREM 3–4.

Расстройства сна в детском возрасте могут появиться также в рамках витального депрессивного синдрома (см. с. 335 след.).

Неврозы навязчивостей и истерии

Неврозы навязчивостей (см. с. 107) с полностью сформировавшимися ритуалами (счета, мытья, навязчивого переспрашивания), *истерии* (см. с. 101) с конверсионной симптоматикой (напр. с психогенными параличами, нарушениями глотания и расстройствами речи; МКБ-9 и DSM III-R: 300.11) могут наблюдаться у детей старшего возраста по завершении раннего развития личности (в эдиповой фазе). Истерические реакции в детском возрасте впечатляют своим драматизмом и демонстративным характером, а также зависимостью от ситуации.

Нередко доминируют диссоциативные черты, т. е. психогенные состояния помрачения сознания, кратковременные припадки вплоть до психоподобных состояний, нарушение зрения, слуха, речи, а также отсутствие чувствительности отдельных участков кожи, нарушения движений и походки, нарушение тонуса гладкой мускулатуры в области желудочно-кишечного тракта (рвота, желудочная колика). *Истерический характер* (МКБ-9 и DSM III-R: 301.50) проявляется уже в детском возрасте в манере поведения, которая характеризуется неестественной театральностью, чрезмерной аффектацией, эгоцентризмом.

Прогноз и терапия. Появляющиеся нередко в начале пубертатного периода симптомы навязчивостей в значительном числе случаев исчезают спонтанно или поддаются, как и другие истерические реакции, кратковременному лечению. Что касается истерических и обсессивных *структур характера*, то они, напротив, в большинстве случаев резистентны по отношению к терапии. Прогностически неблагоприятной является *злокачественная болезнь навязчивостей*, проявляющаяся в начале пубертатного периода, протекающая непрерывно и заполняющая весь день самомучительными ритуалами и сопровождаемая глубоким чувством собственной вины и навязчивыми мыслями.

Психогенные нарушения питания (ожирение, неуклонное стремление похудеть, булимия) также являются проблемами подростковой психиатрии и рассматриваются с учетом культурально-психологического фона (см. с. 126 след.).

ЛИТЕРАТУРА

- MacKeith R.C., M. Rutter: A note on the prevalence of language disorders in young children. In: Rutter M., J.A.M. Martin: The Child with Delayed Speech. London 1972.
Noshpitz J.D.: Basic Handbook of Child Psychiatry. 2nd ed. New York 1979.
Remschmidt H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Thieme, Stuttgart 1987.
Richter H.E.: Eltern, Kind Neurose. Hamburg 1969.

Robertson I.: Kinder im Krankenhaus. München 1970.

Rutter M.: Scientific Foundations of Developmental Psychiatry. Heinemann, London 1980.

Shapiro A.K., Shapiro E.S. et al.: GTS. Summary of clinical experience with 250 patients and suggested nomenclature for tic syndromes. *Advanc. Neurol.* 14 (1976) 277–283.

Spitz R.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart 1967.

8 Аутистические, шизофренические и депрессивные синдромы в детском и подростковом возрасте

Цель обучения

Знание психопатологии, прогноза и течения аутистических, шизофренических и депрессивных синдромов в детском возрасте. Взгляд на типичную для этой возрастной группы структуру симптомов в рамках этих синдромов. Умение сотрудничать с детскими и подростковыми психиатрическими учреждениями с целью создания оптимальных условий для диагностики, лечения детей и консультирования родителей.

Введение

В многоосевой синдромальной классификации Американской психиатрической ассоциации (DSM III-R) аутистические синдромы рассматриваются как «всесторонние нарушения развития» отдельно от психозов детского и подросткового возраста. Для последних используются те же критерии классификации, что и для соответствующих состояний у взрослых. Таким образом, в США, как ранее в немецкоязычных странах, принято говорить об «аутистических расстройствах» или «синдромах» чисто описательно и не рассматривать их в нозологической связи с функциональными психозами детского возраста. В классификации DSM III-R этот диагноз относят ко второй оси (расстройства личности). Действующая в настоящее время классификация ВОЗ (МКБ-9), напротив, относит их к группе психозов с шифром 299.0, начинающихся в детском возрасте. Непсихотические депрессивные расстройства рассматриваются в одной группе с психотическими под заголовком «депрессивные синдромы в детском и подростковом возрасте».

Именно опыт детской психиатрии в области аутистических синдромов и психозов детского возраста показывает, насколько сомнительным является ход рассуждений и включение их в определенные нозологические рамки и насколько не соответствует этому опыту односторонний этиологический подход с его традиционными определениями: «симптоматический или функциональный», «соматогенный или психогенный» и т. д. Аутистические синдромы в большом проценте случаев развиваются одновременно с функциональными церебральными нарушениями, в то время как течение заболевания и особенно развитие интеллекта в значительной степени определяются влияниями внешних факторов. *Вывод для практики:* описание синдромов и наблюдение за характером течения заболевания должны включать всю информацию, которая может иметь *этиологическое/патогенетическое, соматическое, психическое, ситуационное значение*. В психиатрии развития для формирования психопатологичес-

ких феноменов большую роль играет готовность к специфическим фазам и переходным кризам в развитии ребенка (см. с. 81 след.).

Аутистические синдромы в детском возрасте

МКБ-9: 299.0

DSM III-R: 299.0, 299.8, 299.9

Эти нарушения поведения выражены *центральной симптомом аутизма* или, в значительно большей мере, полной или развивающейся в этом направлении *утратой способности* к эмоциональному и социальному контакту. При *раннем детском аутизме* (Каппег, 1943) первые признаки нарушений контакта могут появиться уже на первом году жизни: отсутствие «ответной (социальной) улыбки» (responding smile) при приближении лица, контакте взглядом и других выразительных движениях, появляющихся в норме в качестве ответной реакции. В дальнейшем у этих детей не происходит развития предварительных ступеней формирования «осознания Я», соответствующего возрасту. По сравнению с другими, здоровыми детьми того же возраста оно глубоко изменено и значительно отстает. Интересы, если они вообще имеются, очень ограничены и направлены на неодушевленные предметы или на отдельные части предметов, независимо от их функционального назначения. При этом обхождение с ними носит своеобразный, механически повторяющийся характер. Например, аутистические дети могут «как одержимые» заниматься включением и выключением лампочки или откручиванием и закручиванием водопроводного крана. Игрушки часто употребляются не по назначению, например только для верчения вращающихся частей. Они обнаруживают выраженную тенденцию *задерживаться на знакомой ситуации* (испытывают «страх перед переменами»). Даже маленькие перемены в привычной обстановке (новая скатерть, отсутствие ковра на привычном месте) подвергают ребенка в состояние панического страха с выраженным психомоторным беспокойством. *Разговорные навыки либо не развиваются* (если аутизм начинается в грудном возрасте), либо могут быть вновь утрачены (если аутизм начинается в раннем детском возрасте), либо изменяются качественно, причем достигнутый уровень развития речи, как правило, отстает от нормального (повторение произнесенных слов, неологизмы, странные разговорные обороты). *Странные формы повторяемых движений* (стереотипии) появляются регулярно. *Функции органов чувств*, в частности слуха и зрения, развиваются недостаточно. Результат — *значительное отставание в интеллектуальном развитии*. При этом определенные и не развившиеся интеллектуальные способности оказываются гипертрофированными: аутистические дети, например, могут повторить родословную, содержащую множество имен, или освоить другие лексические сложности. Подобные случаи описаны. Только у 3 % детей наблюдается интеллектуальное развитие, приближающееся к возрастной норме. Около 1/3 детей оказываются умственно отсталыми, а у 1/5 интеллект приближается к пограничному с нормой уровню. Типичным для нарушения развития «Я» является то, что многие из этих детей демонстрируют феномен «обратного местоимения», т. е. употребляют местоимения искаженно, говоря о себе «ты», а о других «я».

Обнаруживаются характерные изменения периферического восприятия: объекты, а порой и люди не воспринимаются как цельные образы с присущим им комплексом качеств. Аутистичные дети часто часами топчутся у «глухой стены» или удовлетворяются периферическими восприятиями, не относящимися к объекту (напр.: звук хруста отождествляется с бумагой, смятой у самого уха, сверканье — с движе-

нием пальцев перед глазами). Существует *слабость слухового и зрительного восприятия*, которая функционально связана с *недостаточностью двигательной координации, нарушениями разговорной речи, пароксизмами страха и навязчивыми ритуалами*. В центре, между *сенсорной слабостью дешифровки* и нарушенной психомоторной выразительностью, находится эмоциональная недостаточность, неспособность ребенка отделиться к другим и к самому себе соответственно своему возрасту.

Типологически наряду с *ранним детским аутизмом* различаются:

синдром Аспергера (Asperger), или *аутистическая «психопатия»*, который, как и описанный выше, *появляется в раннем детском возрасте* и характеризуется аутистическими нарушениями поведения, в основном у мальчиков: *эмоциональная замкнутость и самоизоляция, физиономия «принца»* с пустым, устремленным вдаль взглядом, *своеобразная речь и психомоторика* с неологизмами, нарушениями интонации, ритмическими двигательными стереотипиями при среднем и порой высоком уровне интеллекта и специализированной языковой готовностью (дети с синдромом Аспергера раньше обучаются говорить, чем ходить; дети с синдромом Каннера — наоборот).

Дифференциальный диагноз. *Аутистические черты* характера могут развиваться в ходе совершенно различных расстройств, например, при шизофренных психозах детского возраста или преимущественно *соматогенных* нарушениях у детей с органическими поражениями головного мозга и умственной отсталостью. При глухонемоте или при иных серьезных дефектах органов чувств также могут появляться выраженные нарушения общения (так называемый псевдоаутизм).

Частота. При строгом соблюдении диагностических критериев аутистические синдромы диагностируются редко (0,1–0,4 %). Аутистическое поведение при ранних детских органических поражениях наблюдается значительно чаще. В этих случаях речь идет главным образом об аутистических чертах, а не о полной картине аутизма. *Синдромы Каннера и Аспергера встречаются почти исключительно у мальчиков.*

Этиология и патогенез неизвестны, хотя ряд исследований указывает на органический, т. е. биологический патогенез. В частности, в доброй половине случаев у больных аутизмом найдены (полиэтиологические) функциональные церебральные расстройства, а также нарушения в характере восприятий, нарушения речи и интеллектуальные расстройства и учащение эпилептических припадков в подростковом возрасте. Некоторые авторы предполагают наличие наследственного «фактора аутизма», который выходит из латентного состояния при определенных обстоятельствах (например, при незначительных поражениях головного мозга в раннем детском возрасте, других нарушениях функций мозга). Влияние внешних обстоятельств имеет большое значение для течения аутизма, т. е. для возможностей развития аутистического ребенка, но чистый психогенез или даже семейная динамика как причина заболевания на сегодняшний день может на основании углубленных исследований считаться исключенной. Было бы недальновидным ставить стиль поведения родителей в прямую причинную связь с аутизмом их детей (хотя в отдельных случаях и могут играть определенную роль выборочные социальные процессы «case-finding»).

Терапия. Может быть рекомендовано наиболее раннее начало применения лечебно-педагогических и психотерапевтических (специально для детей) мероприятий, которые имеют своей целью постепенно пробудить у этих больных способность к общению, чувство идентификации и восприятия людей. При этом к лечебным мероприятиям всегда необходимо привлекать родителей, братьев и сестер, обучать их эффективному лечебно-педагогическому поведению в домашних условиях («home-

training»). Описаны убедительные успехи применения лечебно-педагогических методов. Нейролептики и/или транквилизаторы могут быть использованы для поддерживающей терапии, особенно в тех случаях, когда в клинической картине на первый план выступают страх и психомоторное беспокойство.

Прогноз. Особенно при синдроме Каннера неблагоприятный (2/3 больных детей существенно отстают в развитии; у 1/3 наблюдается относительно благоприятное развитие). Чем позднее манифестирует синдром аутизма, тем благоприятнее прогноз.

Шизофренические синдромы

МКБ-9: 295.0, 295.9

DSM III-R: 295.11–295.9

Чем старше ребенок в момент первой манифестации психоза, тем более сходны психопатологические симптомы и характер течения болезни с шизофреническими психозами юношеского и зрелого возраста.

Характерные расстройства мышления, эмоциональность и самосознание, обманы чувств и бред могут появиться только на определенной ступени развития личности, т. е. могут быть восприняты другими как таковые.

В возрасте накануне поступления в школу психозы выражаются значительно более бедной симптоматикой, особенно в том, что касается наиболее впечатляющих нетипичных симптомов, таких, как обманы чувств и бредовая интерпретация. Продуктивные психотические проявления требуют определенного развития личности по ту сторону магического мышления детей младшего возраста, благодаря которым могут получить развитие некоторые психопатологические защитные механизмы. В младшем детском возрасте (2–4 года) описаны синдромы, которые как *симбиотические психозы* (M. Mahler) могут быть причислены к ранним формам шизофрений и обозначение которых определяется психодинамической концепцией преедипового процесса отчуждения-индивидуализации. После относительно безоблачного грудного возраста наступает, порой после кратковременной разлуки с матерью в возрасте 2–3 лет, заметный регресс приобретенных навыков (эмоциональных, речевых, познавательных) и достигнутого уровня сознания «Я». Дети воспринимают объекты в целом, иначе, чем аутисты, но относятся к ним так, словно они являются частью их самих. Обретенное отграничение собственного «Я» размывается снова, еще до того, как ребенок вступает в эдипову фазу. *Выраженные диффузные страхи, колебания настроения, аутистическая отстраненность, глубокие нарушения взаимоотношений* являются ведущими в клинической картине. В качестве примечательных проявлений при ранних формах психотических переживаний наблюдаются: одновременность агрессивного поведения и располагающей улыбки, обращенной к партнеру, расстройства речи (мутизм, речевые шперрунги, эхолалии, автоматические повторения, патетическая искусственная интонация речи и др.). Порой отмечаются навязчивые мысли и действия. Типичные кататонические симптомы (приступы двигательного возбуждения или восковая гибкость, каталепсия) могут появляться весьма рано.

Начиная с 7-го года жизни бред и галлюцинации появляются чаще, но они вряд ли бывают систематизированными и пока остаются нестойкими.

Начиная с раннего пубертатного возраста частота шизофренических синдромов постоянно увеличивается и клинические проявления становятся сходными с картиной болезни у молодых взрослых. В преддверии психотического эпизода могут наблюдаться

психотические проявления, которые трудно прогнозировать, например явления *деперсонализации и дереализации*, *депрессивные изменения настроения*, *внезапные отказы от школьных занятий*, *асоциальные реакции*, *устойчивые реакции протеста и упрямства*. Все эти явления могут наблюдаться также в рамках пубертатного и подросткового кризисов. В большинстве случаев они проходят сами, как только подросток выходит из кризиса и обретает более зрелое осознание своего Я.

У некоторых подростков (12–18 лет) и юношей (18–21 года) в этом кризисном периоде наблюдаются колебания психосексуальной интеграции «Я» и при соответствующей преморбидной ранимости дело доходит до манифестации шизофренических расстройств. Они могут развиваться остро в форме *шизофренического шуба*, например с элементами *кататонического ступора*, *кататонического возбуждения* или *бредового настроения* или, наконец, с самого начала в форме *психотического процесса с гебефренической симптоматикой*, или же принять *медленное течение с бедной симптоматикой*, свойственное простой форме шизофрении (см. с. 365).

Шизофрении раннего детского возраста протекают и в дальнейшем с относительно слабо выраженными симптомами, т. е. часто без отчетливо выраженных бредовых и галлюцинаторных переживаний (как *Schizophrenia simplex*). *Однократные (функциональные) психотические эпизоды*, которые появляются в детском или подростковом возрасте, а потом полностью исчезают, в большинстве случаев в настоящее время не причисляются к шизофреническому кругу и, в зависимости от научной школы, с учетом преобладающей симптоматики и возраста описываются как *психогенные психозы*, *bouffée délirante*, *эмоциональные психозы*, *истерические психозы*. Во избежание путаницы в терминологии следовало бы рекомендовать конкретное описание ведущей симптоматики, из которой формируется синдром, например: *галлюцинаторный синдром*, *онейроидный параноидный синдром* и т. д.

Некоторые пациенты с *пограничными синдромами* (МКБ-9 и DSM III-R: 301.83) наблюдаются детскими и подростковыми психиатрами в пубертатном и подростковом возрасте и очень редко в раннем школьном возрасте. В этих случаях при относительно хорошей социальной приспособленности или при еще вполне удовлетворительных школьных успехах на первый план выступают выраженные приступы страха и бешенства. В то же время, очень ранние защитные механизмы и кратковременные психотические вспышки придают этим многомерным нарушениям (*Panneurose*) особый оттенок: *проецируемую идентификацию*, *идентификацию с агрессором*, *процесс расщепления*. *Идеализация* переносит вовне восприятия, непереносимые для своего «Я», но не вытесняемые деструктивными импульсами (элемент, сходный с психозом). Очень разнообразные невротические жалобы и структурные детали предстают в различной степени выраженности и в различных сочетаниях, создавая картину *истерическую*, *депрессивную*, *обсессивную*, *ипохондрическую*. В психосоциальныхотягощающих ситуациях у пациентов с *Borderline-синдромом* могут развиваться *острые психотические эпизоды с продуктивной симптоматикой и хорошим прогнозом в большинстве случаев (так называемые микропсихозы)*.

Умственно отсталые дети могут заболеть (функциональными) психозами несмотря на наличие интеллектуальной ограниченности и наряду с ней (так называемые пропфпсихозы). Несмотря на то что наличие умственной отсталости, способствующее манифестации гипотетических предпосылок шизофрении (при равной частоте случаев, как у населения в целом), в настоящее время не подтверждено, тем не менее, когнитивная недостаточность некоторых способностей, определяемая

нейропсихологическими методами, в частности в ситуациях с эмоциональной перегрузкой, может затруднить избирательную фильтрацию и переработку внутренних и внешних раздражителей и, таким образом, приобрести патогенетическое значение.

Особое положение этих пропсихозов в известном смысле зависит от того, что в трудно объяснимом содержании *диффузных симптомов* (эти симптомы вырастают из слабо структурированного мира переживаний) значительное место занимают аффективные компоненты (смешанные психозы), *стертые переживания отчуждения* и, прежде всего, *очевидный реактивный повод*, например в форме чрезмерных требований при приспособлении к новой окружающей обстановке.

Течение, прогноз, частота. Шизофренические синдромы в раннем детском возрасте также либо протекают в форме острых эпизодов, которые могут быть однократными или повторяющимися и прогрессирующими, либо с самого начала приобретают хронический процессуальный характер. Для детского возраста также остается в силе правило: чем острее и продуктивнее психотические проявления, тем (относительно) благоприятнее прогноз; чем беднее симптоматика и чем медленнее развитие психоза, тем неблагоприятнее его течение. Частота составляет 0,1 % населения, или 1 % от общего числа шизофрений.

Терапия. Рекомендуются отдельные виды *детской психотерапии*, *лечение окружающей средой* и *лечебная педагогика*, которая часто возможна только в стационарных условиях. Эти лечебные мероприятия способны оказывать поддержку при лечении нейролептиками или без их применения при острых шизофренических эпизодах. *Привлечение родителей*, братьев и сестер больных для проведения *семейной терапии* и/или в группах родственников эффективно для преодоления нарушенных взаимоотношений в семье и чувства вины у родителей. *Практическое консультирование родителей* и *просветительская работа* с ними обязательны.

Депрессивные синдромы

МКБ-9: 296.0–296.99

DSM III-R: 296.20–296.70

МКБ-9 и DSM III-R: 300.4

Депрессивные синдромы до наступления пубертатного возраста чрезвычайно редки. В структуре симптоматики отчетливо просматривается возрастная зависимость от достигнутого уровня психического развития. Депрессивные расстройства настроения в детском возрасте диагностируются с трудом в связи с их нетипичной симптоматикой. Они проявляются в форме *депрессивных реакций и развитий* (дистимические расстройства, DSM III-R: 300.4) или с *глубокими витальными расстройствами* (например, *нарушениями сна, потерей аппетита, колебаниями состояния в течение дня, соматизированными проявлениями*, DSM III-R: 296.2). Часто депрессивные проявления могут появляться после подключения типичных пусковых механизмов и ситуаций: после *смерти* самого любимого человека (матери) или вынужденной повторной *разлуки* с ним, вследствие серьезных *нарциссических проблем*, в ситуациях *социальной и эмоциональной депривации* или *аффективно окрашенной педагогической несправедливости*, после угрозы или совершения наказания, во время *депрессии одного из родителей* (прежде всего матери), при *острых и хронических соматических заболеваниях*. У младших школьников порой трудно установить, являются ли школьные проблемы и связанные с ними страхи поводом или следствием депрессивных

расстройств настроения, или же в дифференциально-диагностическом плане речь идет об изолированном *страхе разлуки* (DSM III-R: 309.21).

В возрасте от 1 до 2 лет. Ранние инфантильные (доэдиповые) депривационные депрессии встречаются в основном в абортивных или митилированных формах редко наблюдаемой в настоящее время в полном объеме анаклитической депрессии (см. с. 60). Такая депрессия развивается при переживании ребенком разлуки или утраты близкого человека, вследствие раннего эмоционального одиночества (заброшенности). В начале заболевания на первый план выступают страх и психомоторное беспокойство; позднее апатия, аутоэротические и деструктивные действия, а также потеря веса, задержка развития познавательной и сенсомоторной функций.

В возрасте от 2 до 4 лет. В связи с *конфликтами, специфическими для этой фазы развития* (воспитание навыков опрятности, конфликты амбивалентности, обретение автономии, кризы разлуки), могут наблюдаться *быстро преходящие, а иногда и затяжные депрессивные реакции*, которые часто протекают с *резко выраженными страхами* и также могут быть связаны с *переживанием разлуки (дифференциальный диагноз между Pavor nocturnus, аффективными дыхательными судорогами, страхом разлуки)*.

В возрасте от 4 до 6 лет. Депрессивная симптоматика может впервые проявиться в форме *чувства вины, страха оказаться несостоятельным, идей греховности*, так как в этот период нормативные требования и ожидания родителей *внедряются* в психическую структуру ребенка («*интродекция*», т. е. вторичная идентификация, вторичный нарциссизм) и способствуют формированию представления об «Идеальном Я» и «Сверх-Я». Только в этот период детское «Я» в собственном актуальном представлении может быть противопоставлено своим идеальным требованиям. Возможно, что это находится в связи с процессом развития личности и психобиологического созревания, первого *преображения облика* (заметное увеличение роста, потеря признаков маленького ребенка). Поэтому первые признаки депрессий, *протекающих в форме фаз, и циклотимического течения* болезни с депрессивными и маниакальными фазами могут наблюдаться не ранее, чем на седьмом году жизни и вплоть до позднего пубертата, да и то только в очень редких случаях. В большинстве случаев симптоматика абортивна и нечетко выражена и завуалирована другими, менее типичными депрессивными расстройствами поведения: школьная задолженность, агрессивные и угрожающие поступки, стремление к уединению, окрашенное чувством страха, трудности в школьном коллективе и т. д. Диагностика требует участия опытного детского психиатра, специалиста по лечебной педагогике и педагога-психолога. *Преходящие и более затяжные депрессивные реакции (дистимии)*, которые появляются в тесной связи с требованиями, предъявляемыми школой и семьей, в этой возрастной группе встречаются гораздо чаще.

В пубертатном периоде (12–18 лет) депрессивные реакции также возникают на фоне эмоциональной лабильности, эгоцентризма «*второго преображения облика*» (половое созревание, развитие вторичных половых признаков, завершение процесса роста). Специфическим фоном в этом возрастном периоде является тема одиночества и мировой скорби. *Циклотимическое течение* (моно- и биполярное) наблюдается в этом возрасте чаще в форме *ювенильных депрессий и/или маний* и приобретает все большее сходство с подобными состояниями у взрослых. Депрессивные состояния в детском возрасте также *могут вызывать суицидальные действия. Попытки самоубийства и осуществленные суициды* до наступления пубертатного возраста чрезвычайно редки, хотя в западных индустриальных странах намечается отчетливый рост суицидальных действий у детей (см. с. 231). Только в пубертатном и подростковом возрасте

показатель суицидальных попыток и суицидов постепенно возрастает и достигает в этом периоде критической величины (при этом наряду с кризисами созревания в этом возрасте, по сравнению с младшим детским, значительную роль играет более зрелая концепция смерти).

Терапия. Чем младше депрессивный ребенок, тем важнее выяснить до начала лечения ситуативные пусковые поводы, устранить их или постараться компенсировать. Для этого необходимо создать соответствующую обстановку, лечебно-педагогический и психолого-педагогический подход. Депрессии с витально окрашенными, соматизированными расстройствами и ярко выраженным циклотимическим течением требуют применения антидепрессивного психофармакологического лечения; при биполярном течении лечение литием (в маниакальной фазе) и профилактика с помощью лития (в светлом промежутке).

ЛИТЕРАТУРА

- Asperger H.: Heilpädagogik. 4. Aufl. Wien 1965.
Eggers C., R. Lempp, G. Nissen, P. Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 5. Aufl. Springer, Berlin 1980.
Harbauer, H., R. Lempp, G. Nissen, P. Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin 1980.
Kanner L.: Autistic disturbances of affective contact. Nerv. Child (1943) 217.
Kanner L.: Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. J. Autism childh. schizophr. 1 (1971) 119–143.
Kanner L.: Childhood Psychoses: Initial Studies and New Insights. New York 1972.
Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. VII. Springer, Berlin 1988.
Nissen G.: Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin 1986.
Remschmidt H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Thieme, Stuttgart 1987.
Remschmidt H., M.H. Schmidt: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. I–III. Thieme, Stuttgart 1985 u. 1988.
Rutter M.: Scientific Foundations of Developmental Psychiatry. Heinemann, London 1980.
Spiel W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters. Basel 1961.

9 Психические расстройства при органических поражениях головного мозга в детском и подростковом возрасте

Цель обучения

Знание психопатологии и этиологии острых и хронических органических психосиндромов в детском возрасте. Распознавание гиперкинетического синдрома. Умение различать описанные в литературе проявления частичной недостаточности отдельных функций. Знание основ возможностей терапии детей и подростков с поражениями головного мозга.

Классификация

МКБ-9: 310, 314, 315, 293, 294

DSM III: 314.00, 314.01, 315.00, 310.10, 310.20, 310.80, 293, 294

Клинические картины болезни

Органические психосиндромы

Острые органические психосиндромы представляют собой состояния, в клинической картине которых отмечаются некоторые нарушения ясности сознания (сонливость, сопор, кома) и изменения восприятия (спутанность, иллюзорные обманы, галлюцинации, бредовое восприятие) после прямого или косвенного экзогенного повреждения мозга (см. с. 260). В отличие от них, при *эндогенных психозах* невозможно установить никакой соматической причины.

В детском возрасте *экзогенные* (органические) психозы часто выглядят как *эндогенные*, а *эндогенные* психозы — как *экзогенные*. Необходимо тщательное психо- и соматодиагностическое уточнение. Неправильные диагнозы часто становятся поводом для мировоззренческих баталий между «психиками» и «соматиками». Непременнo следует составить себе целостное представление о болезни.

Клиническая картина **хронических органических психосиндромов** зависит от того, на какой стадии развития ребенка произошло повреждение головного мозга. Действует общее правило: чем раньше это произошло, тем тяжелее оказываются последствия. Если повреждение происходит на 1–5-м месяце беременности, то результатом является олигофрения (см. с. 250 след.), если же это происходит между 6-м месяцем беременности и 18-м месяцем жизни, то результатом является *раннее органическое поражение головного мозга*. При более позднем дебюте манифестируют изменения личности, как это наблюдается при постэнцефалитных и посттравматических проявлениях болезни.

Причиной раннего детского поражения головного мозга могут быть разнообразные нарушения в дородовом периоде, во время родов и после рождения, например: физические повреждения, яды, медикаменты, алкоголь, эпидемическая краснуха или детский паралич, антитела матери (резус-фактор), нарушения обмена (в частности, диабет), гипопункция щитовидной железы, пре-, пери- и постнатальная асфиксия.

Острые органические психосиндромы могут быть вызваны последующими заболеваниями и привести в дальнейшем (в части случаев) к изменениям личности по типу *хронического органического психосиндрома*. Связь между острым заболеванием и более поздними психическими особенностями должна быть подкреплена «симптомами моста», т. е. *персистирующими симптомами*. Органическое заболевание в анамнезе приводит к тому, что особенности поведения в дальнейшем относят к перенесенному заболеванию, игнорируя при этом психосоциальные причины.

Общие заболевания, протекающие с высокой температурой

Общие заболевания бактериального и вирусного генеза, протекающие с высокой температурой, так называемые лихорадочные делирии, характеризуются дезориентированностью, сбивчивой речью («фантазированием»), иллюзорными нарушениями восприятия и ограничением способности к восприятию и реакциям при очень незначительных расстройствах сознания.

Энцефалиты и менингоэнцефалитиды

Речь идет о первичных воспалительных заболеваниях мозга с наличием или без наличия менингеальных явлений, вызванных бактериальными инфекциями или нейротропными вирусами. В настоящее время редко встречаются *Encephalitis lethargica*

(*Economo*) и *Polioencephalitis* (болезнь Heine-Medina), особая форма детского спинального паралича с преимущественным поражением головного мозга. В последнее время отмечено, что различные типы вирусов вызывают атипичные клинические проявления энцефалита. Ведущими симптомами являются: неврологические симптомы выпадения, судороги, нарушения ритма сна и нестойкая психопатология.

Сопутствующие энцефалитиды с тяжелым течением и частым смертельным исходом наблюдаются при детских заболеваниях — свинке, кори, ветрянке, краснухе, гриппе, ЕСНО, Коксаки, при герпесе и других вирусных заболеваниях, а также в качестве осложнения после прививок, например против оспы (поствакцинальный энцефалит). Основными симптомами являются: нарушение сознания, высокая температура, судорожные припадки, неврологические симптомы (выпадения). Для диагностики важны изменения на ЭЭГ и патология в спинномозговой жидкости. Спорным остается вопрос о том, существует ли *специфический постэнцефалитический синдром*. Не представляется возможным доказать однозначную связь между определенными особенностями поведения и предшествовавшим энцефалитом. Отмечено, что непосредственно после перенесенного инфекционного заболевания могут появиться признаки отставания в умственном развитии (различной степени тяжести), частичные нарушения функций, изменения аффективности и моторики, формирующие синдром *церебральной дисфункции*. Характер взаимоотношений между ребенком и его окружением может оказаться решающим моментом для масштаба последствий перенесенного заболевания.

Психозы в связи с поражением ствола мозга

Речь идет о редких формах энцефалита, которые начинаются в период между третьим годом жизни и пубертатным периодом (преимущественно в возрасте 13–15 лет) и наряду с неврологической симптоматикой и психоорганическим синдромом проявляются в форме психоза, напоминающего эндогенное заболевание. Прогноз заболевания благоприятен. В большинстве случаев наступает выздоровление без образования дефекта. Клинический диагноз может быть подтвержден картиной ликвора и данными ЭЭГ. Специфической терапии не существует.

Лейкоэнцефалитиды

При **лейкоэнцефалитидах** появлению неврологической симптоматики предшествует продолжительная продромная стадия с нехарактерными нарушениями поведения. Вначале снижаются успехи в школе, как выражение прогрессирующего дефицита психических и физических функций, появляются расстройства речи, утрата интересов, повышенная готовность к страхам, пугливость. Важно отграничить клиническую картину от развития *простой формы шизофрении*. Диагноз подкрепляется картиной ликвора (увеличение числа клеточных элементов и белка) и данными ЭЭГ (комплекс Radermecker).

Черепно-мозговые травмы

Черепно-мозговые травмы (*Commotio, Contusio, Compressio cerebri*) могут, в зависимости от тяжести, вызвать, как и у взрослых, нарушения сознания, разнообразные переходящие синдромы, контузионные психозы или апалический синдром (синдром Кречмера). Степень тяжести черепно-мозговой травмы может оцениваться по продолжительности и глубине потери сознания и посттравматической амнезии. Чем тяжелее эти проявления, тем тяжелее отдаленные последствия, например снижение интеллекта.

Среди *причин* черепно-мозговых травм, как и причин детской смертности, в Западной Европе на первом месте стоят *несчастные случаи, связанные с транспортными происшествиями*. Ежегодный риск получения черепно-мозговой травмы с церебральной симптоматикой оценивается для мальчиков в размере 1 %, для девочек 0,5 %!

Наряду с непосредственными психоорганическими последствиями травм *психические реакции* ребенка и его близких являются неотъемлемой составной частью посттравматической ситуации.

Степень восстановления зависит от размеров болезненных последствий и целенаправленного применения реабилитационных программ. Даже дети с тяжелыми повреждениями располагают значительными *функциональными резервами*, которые, как правило, не учитываются при определении прогноза.

Масштабы *посттравматических последствий* (психоорганического синдрома, POS) становятся очевидными примерно через два года. Наряду с симптомами выпадения, обусловленными очаговыми поражениями, как, например, лобный синдром и классическое нарушение навыков, появляется гиперкинетический синдром, который необходимо отграничить от сходного, наблюдаемого при бедности волевых импульсов и заторможенности. Клиническая картина довольно пестрая. Глобальные нарушения отодвигаются на второй план, уступая место очаговым поражениям с изолированными специфическими ограничениями отдельных функций. Встречаются расстройства зрительного внимания, изменения фона настроения с эйфорическими или раздражительно-агрессивными эпизодами, а также ограничением психической и интеллектуальной подвижности и специфическими ограничениями познавательной и двигательной функций. В 10–30 % случаев развивается посттравматическая эпилепсия. Вероятность появления *психореактивных невротических расстройств* нарастает параллельно тяжести функциональных нарушений: Риск заболеть психически после тяжелой черепно-мозговой травмы весьма значителен, и его вероятность оценивается приблизительно в 70 %.

Гиперкинетический синдром

Синонимы: чрезмерно подвижный ребенок, ребенок с гиперкинезами, психоорганический синдром (POS), синдром детских гиперкинезов, незначительное повреждение мозга, синдром повреждения головного мозга, минимальная церебральная дисфункция (MCD), легкая врожденная церебральная дисфункция, органический мозговой психический осевой синдром, раннее детское поражение головного мозга, ранний детский экзогенный психосиндром, нарушение, определяемое дефицитом внимания (DSM III).

Клиническая картина. Основными признаками являются: *дефицит внимания*, не соответствующий периоду развития, *сверхчувствительность* в отношении раздражителей, *уменьшенное чувство страха*, *нарушенное чувство дистанции* при общении, *повышенная импульсивность* и наблюдаемая в части случаев *резко повышенная двигательная активность*. Уровень умственных способностей может колебаться от нормы до *частичного ослабления отдельных способностей* (описанных в соответствующем разделе). Очень высокая степень отвлекаемости не позволяет детям сохранять на продолжительное время необходимое положение при различных занятиях, требующих определенной усидчивости и внимания. Это сказывается, например, при играх, соответствующих возрасту, во время классных занятий, при выполнении домашних

заданий. Описанные проявления не являются выражением недостаточной мотивации, они обусловлены непрерывным колебанием фокуса внимания, которое выбирает предмет своего интереса то один, то другой объект. В импульсивных, необдуманных, торопливых действиях дети как бы скачут галопом. Решение принимается до того момента, когда последствия могут быть обдуманы. Поступки опережают намерения. Кроме того, таким детям присуща пониженная самооценка. Они легко ранимы и в своих настроениях и аффектах легко переходят от ярости к подавленности.

У *двигательно гиперактивных детей* («попрыгунчики») отмечается резко выраженный двигательный импульс к совершению бесцельных, непрерывно следующих друг за другом движений «непрерывного прыгания».

Варианты клинической картины в известной мере зависят от возраста, динамики развития, реакций на близких и на более дальнее окружение и, прежде всего, от взаимоотношений детей и родителей, ситуации в школе. Последняя находится в прямой связи со степенью и характером частичной слабости функций этих детей.

Специфическая психопатология гиперкинетического синдрома развивается *независимо* от раннего детского поражения головного мозга или нарушений функций мозга (Esser u. Schmidt, 1987). Было бы ошибочно оценивать или описывать эту клиническую картину как «минимальную церебральную дисфункцию» (MCD), как это было принято в прошлом. Нарушение функций головного мозга не является ни предпосылкой, ни следствием развития данного психопатологического синдрома. Только у 39 % детей в возрасте восьми лет, у которых имеется повышенный риск развития психического расстройства, обнаруживаются объективно доказуемые признаки нарушений функций головного мозга (аномалии в ЭЭГ и неврологическая микросимптоматика). Напротив, у 25 % всех восьмилетних детей с нарушениями функций головного мозга находят психические отклонения, которые при определенных обстоятельствах также связаны с гиперкинетическим синдромом. Согласно современному уровню знаний, гиперкинетический синдром является самостоятельной нозологической единицей. Симптомы этого синдрома рассматриваются как проявление недостаточности развития и, таким образом, как признак незрелости. Проявления незрелости определяются как отклонения в развитии от возрастной нормы. Колебания качественных особенностей и темпов процесса созревания подтверждают, что упомянутые нарушения могут появляться раньше или позже, т. е. до наступления пубертатного периода или во время него, например между 8 и 13 годами. Таким образом, характеристика появившихся симптомов указывает на отсутствие причинной связи между ними и синдромом раннего детского поражения головного мозга. Эти синдромы развиваются в возрасте до восьми лет. В значительно большей степени речь идет об общих или специфических отклонениях в развитии. Такова характеристика клинической картины гиперкинетического синдрома в детской психиатрии. Если в числе симптомов при отдельных синдромах имеются нарушения способностей (например, частичная слабость способностей), то они должны быть описаны наравне с объективно подтвержденными неврологическими или нейрофизиологическими нарушениями. Причинная связь с психопатологической картиной отсутствует. Какую роль играет частичная слабость отдельных способностей в возникновении детской психиатрической патологии, должно быть установлено в будущем с помощью специальных исследований. Доказано, что дети с частичной слабостью способностей представляют группу повышенного риска развития психического заболевания особенно тогда, когда у них нарушено понимание разговорной речи. Кроме того, долж-

но быть научно доказано, какую роль в детской психиатрической заболеваемости играют объективно подтвержденные нарушения функций головного мозга.

В патогенезе гиперкинетического синдрома большую роль играют взаимоотношения между ребенком и его родителями, а также, возможно, и генетические факторы. Это необходимо учитывать в практике лечебного консультирования. Утрата оправдывающих органических факторов, которые помогли бы снять с родителей обвинение в ответственности за патогенез данного синдрома, может пробудить у них повышенное чувство вины за свою несостоятельность в воспитании ребенка. Просветительская работа с родителями и привлечение их к лечению необходимы.

Частичная слабость отдельных функций

Под частичной слабостью отдельных функций подразумевают снижение способности отдельных функций центральной нервной системы с установленной локализацией при сохранности функций головного мозга в целом.

Отдельные способности могут быть нарушены по отдельности или в комбинации с другими. В отличие от классических образцов утраты трудоспособности, в описываемом феномене отсутствует возможность точной локализации нейро-анатомической функциональной принадлежности. Следствием слабости способностей являются трудности *восприятия и дифференцирования внешних раздражителей* как выражение замедленного развития заинтересованными органами чувств, будь то в смысле стойкой недостаточности или только замедленного развития. Перечень *признанных слабостей отдельных способностей* становится все более обширным. Возможность их *классификации* на основе симптомов, т. е. нарушенных отдельных функций, является предпосылкой для оценки комплексных способностей. Различают также слабость способностей, относящуюся к *сенсорной ориентировке*. Если, например, снижена *визуальная способность зрительных восприятий*, то нарушается и восприятие зрительных впечатлений — жестов и мимики тех лиц, с которыми общается ребенок, — а также понимание отвлеченного смыслового и символического содержания образов окружающего мира. Это может привести к серьезному нарушению социального поведения и отставанию в развитии.

Если нарушена *способность слухового восприятия*, то могут оказаться нераспознанными или неотличимыми, полностью или частично, отдельные звуки по их силе, звучности, высоте тона и последовательности. Это заставляет окружающих предположить, что ребенок плохо слышит. Описанное нарушение может симптоматически выразиться в форме задержки речевого развития.

Если замедлена *тактильно-кинестетическая ориентировка*, то результатом этого может стать снижение способности различать правую и левую стороны и слабость пространственной ориентировки.

Наряду с другими разнообразными проявлениями слабости частичных способностей, относящихся к сенсорной ориентировке, различают *частичную слабость способностей*, относящихся к процессу *восприятия и сохранения информации, ее интеграции и воспроизведения*.

Легастения — это синдром, который выражается в *трудности обучения чтению и правописанию (LRS)*. Чтение текста не удается, так как ребенок «застревает» на «склеивании» букв или читает неправильные, произвольно видоизмененные слова. Повторение отдельных слогов происходит с ошибками. Типичным является перепуты-

вание отдельных трудно дифференцируемых букв, например d, g, p, b или a, o. Встречается зеркальное написание слов или целых фраз, изменение правильной последовательности букв в слове, пропуски букв или повторное их написание, а также соскальзывание, восхождение или слияние при написании отдельных слов. Конечные слоги опускаются или, наоборот, повторяются (einei вместо ein). Центр тяжести описанного нарушения может находиться в разговорной или письменной речи. Встречается различная степень тяжести и комбинация со слабостью других способностей, например со специфическими *расстройствами счета*.

Вторичные расстройства у детей с LRS: диссоциация, эмоциональные нарушения, включая агрессивность, психосоматические симптомы.

Для **диагностики** частичной слабости способностей методом выбора является *нейро-психологическое тестирование*. Для проведения тестирования необходимы специальные профессиональные познания. Необходимо также использовать различные методики тестирования, учитывать семейный и личный анамнез, неврологическое обследование и современный психиатрический подход.

Терапия. При частичной слабости способностей, которая приобретает особое значение в школьном возрасте, особенно при LSR, функциональную тренировку можно рекомендовать только располагая знанием семейной ситуации ребенка. Опыт показывает, что слабость отдельных функций является выражением функциональных расстройств и динамики взаимоотношений в семье, которые не могут быть разграничены ни при помощи психологического тестирования, ни клинически. Если LRS является, например, симптомом переоценки в семье школьной успеваемости ребенка, то этот симптом еще более усилится от назначенного лечения методом тренировки.

Продолжительность лечения методом тренировки функций составляет 1–2 года, при психотерапии — несколько лет. При этом назначаются лечебные занятия небольшой продолжительности в малых группах (4–6 детей). Используются различные варианты, от чисто терапевтических до учебных групп и групп для выполнения домашних заданий.

Лечение ребенка с поражением головного мозга

Разъяснение родителям всех вопросов, связанных с нарушениями развития ребенка, требует того, чтобы *врач* отказался от роли «исцелителя» и приложил все усилия к проведению доверительного диалога с ними. Если врачу это удастся, то можно считать, что сделан первый шаг в лечении ребенка. Ясность в вопросе о характере и причинах нарушений часто дает *родителям* ребенка возможность освободиться от груза фантазий о собственной вине, несостоятельности, никчемности и наказаниях. Если причину поражения установить невозможно, то это незнание должно быть признано и сообщено родителям. И, наконец, точное знание об ограниченных функциях ребенка важнее, чем вопрос о том, действительно ли имеется поражение головного мозга или это поражение мнимое. Убедившись в том, что их надежды на здорового ребенка обмануты, родители оказываются во власти глубоких *нарциссических переживаний*, которые вызывают у них появление *защитных механизмов*. Их нужно распознать и переработать, для того чтобы лечение ребенка проходило успешно. Существуют различные виды защитной игры. Некоторые родители пытаются прибегнуть к самообману и считать ребенка здоровым до тех пор, пока это еще возможно (*отрицание болезни*), другие обвиняют врача-специалиста в некомпетент-

ности и переходят от одного врача к другому (*проекция*), некоторые родители дают реакцию в форме самообвинения и соучастия в болезни ребенка, повышенных страхов, балования ребенка или, наоборот, отстранения его и заброшенности (*формирование реакций*). Иные родители «механизируют» отношение к ребенку, например, придавая большое значение ритуалу ухода, исключив из него эмоциональный компонент (*изоляция*), и т. д. Часто внутренняя амбивалентность родителей в отношении ребенка находит свое выражение в желании поместить ребенка в интернат. Если с родителями обсуждены неосознанные ими мотивы и намерения, то в большинстве случаев после осознания разочарований и подавленности наступает хорошее понимание больного ребенка. Это и есть наилучшая предпосылка успехов в лечении.

Совет лечащего врача всегда должен согласовываться с субъективными и объективными возможностями родителей и ребенка. В проведении лечения родители должны принимать на себя конкретные терапевтические задачи, например осуществление постоянных упражнений. При этом важно, чтобы построение терапевтического процесса было осмысленным, лечение целенаправленным и в ходе его проведения отмечались функциональные успехи ребенка. Наилучшим показателем хорошо освоенного терапевтического процесса является *активное участие ребенка*, который с удовольствием отмечает достигнутые им успехи в улучшении функций.

Новые виды лечения и более тонкая диагностика особенностей развития привели к повороту от пассивного наблюдения к *активным терапевтическим действиям* в лечении детей с поражениями головного мозга. *Раннее распознавание* и возможно более *раннее начало целенаправленного лечения* уже в первые три года жизни значительно повышают шансы излечения, о чем свидетельствует накопленный опыт. В наиболее благоприятных случаях можно рассчитывать на полную компенсацию нарушений. В зависимости от характера нарушений показаны физиотерапия по Bobarth-König, применение вспомогательных аппаратов (например, слуховой аппарат уже в первый год жизни), логопедическое лечение, домашнее совершенствование речи, тренировка перцепции, музыка, лечение с помощью игр, терапия занятостью, лечебная педагогика и периодическое медикаментозное лечение. Так как стремительный прогресс перинатальной медицины предполагает дальнейший рост числа жизнеспособных детей группы риска с частичными поражениями головного мозга, составляющих в настоящее время примерно 10–20 %, то не следует переоценивать индивидуальное и социальное значение *ранней терапии*, а также профилактики *вторичной невротизации*.

Применение *детской аналитической терапии* показано также детям с *вторичной невротизацией*, страдающим недостаточным вниманием, когда ведущим симптомом является не страх, а расторможенность. Гиперактивные дети вряд ли испытывают страхи. Цель терапии — найти необходимый тон, созвучный восприятию ребенка, и дать ему ощутить страх как сигнал предостережения (например, красный свет светофора как сигнал, запрещающий переход улицы). Терапия может быть успешной, если врач как можно меньше обнаруживает свои намерения, если он добьется проникновения в чувства ребенка и вызовет у последнего оживление импульсов восприятия и защиты. Избранная врачом техника претерпевает изменения в той мере, в какой этого требует смещение акцента с влечений на усиление защитных механизмов. При этом перед врачом стоит цель переключить на родителей и воспитателей отобранные у них ранее функции.

ЛИТЕРАТУРА

- Biermann G.: Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. 1 u. 2. Ergänzungsband. Reinhardt, München 1976.
- Esser G., M. Schmidt: Minimale Cerebrale Dysfunktion — Leerformel oder Syndrom? Enke, Stuttgart 1987.
- Lehmkuhl G., W. Thoma: Gibt es ein spezifisches hirnganisches Syndrom nach Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter? Nervenarzt. 60 (1989) 106–114.
- Remschmidt H., M.H. Schmidt: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. II. Entwicklungsstörungen, organisch bedingte Störungen, Psychosen, Begutachtung. Thieme, Stuttgart 1985.

10 Пубертатный и подростковый кризис*Цель обучения*

Распознавание специфических фазных пубертатных и подростковых кризисов в их дифференциально-диагностических рамках и сходных психопатологических состояний; знание методов профилактических консультаций подростков и их воспитателей в сотрудничестве со службами подростковой психиатрии.

Тематика быстро преходящих и затяжных кризисов концентрируется в новой ориентации пубертатного и подросткового возраста вокруг взаимодействия проблем интеграции генитальной сексуальности (сексуальные кризисы), поиска себя и осознания своей общественной роли (кризисы идентификации), высвобождения от влияния авторитетов своего детства и обретения новых связей, соответствующих реальности (кризисы авторитета).

Освоение этих задач во время нормального пубертатного и подросткового кризисов редко происходит совершенно гладко и без помех. Амбивалентность, эмоциональная лабильность, колебания настроения (от безоблачной радости до смертельной тоски), переживание одиночества, порывы агрессивности, уныние и упадок духа, острая потребность в любви, состояние напряженности между надеждой и сомнением придают пубертатным кризисам особую окраску и специфическую динамику.

При определенном различии между *нормальными кризисами развития* и *патологическими кризисами* в собственном смысле выясняется, что психопатологические расстройства в пубертатном и подростковом возрасте встречаются реже, чем в другие периоды жизни.

Сексуальные кризисы и сексуальные неврозы

Сексуальные кризисы и сексуальные неврозы в пубертатном и подростковом возрасте проявляются в форме «*беспокойства от онанизма*», т. е. в резко выраженном чувстве вины в связи с онанизмом и вообще в связи со своими сексуальными желаниями. Иногда наблюдается такая форма, как *эксцессивный онанизм*, т. е. появление навязчивых, чуждых личности, возросших по частоте эпизодов мастурбационной активности, или появление *чувства неуверенности в отношении направленности собственных влечений*. В качестве реакции против сексуальных импульсов возможным проявлением является *пубертатный аскетизм* с его навязчивыми и/или сверхценными чертами и т. д. Неуверенность

вследствие еще не интегрированных влечений и желаний приводит порой к выраженной застенчивости, которая у неуверенных в себе, легко ранимых, склонных к гипермoralизации подростков подчас после постыдного переживания или публичной унижающей критики доходит до *сенситивной переработки* или *страха покраснеть (эритрофобии)* или даже до подлинного *сенситивного бреда отношения* (ситуационные идеи отношения у астенических сверхчувствительных личностей).

С другой стороны, в настоящее время весьма часто наблюдаются случаи, когда у молодых мужчин, переживших заброшенность, изоляцию, это нарушение принимает форму *сексуально-мотивированных актов агрессии*, например изнасилования или попытки изнасилования. Девушки, которые выросли в педагогически неудовлетворительных условиях, порой слишком рано вступают в сексуальные отношения, часто и быстро меняют партнеров.

У молодых девушек *эпизоды инцеста* с близким родственником (чаще всего с отцом) могут оказаться в причинной связи с *запущенным сексуальным воспитанием*. С другой стороны, они могут существенно ограничить способность к сексуальным переживаниям и/или участвовать в генезе аномального психического развития и психических расстройств (например, истерического поведения, часто сопровождаемого психогенными расстройствами сознания и/или другими психогенными приступами). Частота эпизодов инцеста в целом значительно больше, чем это принято считать. (Согласно американским и нидерландским исследованиям, почти 10 % опрошенных женщин были жертвами инцеста в детстве или отрочестве.) Только с помощью целенаправленной общественной работы по вопросам, связанным с сексуальным насилием в отношении детей, проводимой в последние годы, например, средствами массовой информации, удается постепенно получить более точное представление об объеме этой проблемы (в ФРГ отношение числа судебно подтвержденных случаев к числу реальных, но не доказанных, оценивается как 1:10).

В период созревания осознание *гомофильных влечений* может вызвать у подростка выраженное беспокойство, сомнения в себе. Это особенно наглядно в тех случаях, когда подросток растет в окружении, в котором гомосексуальная тема является запретной. *Гомосексуальные* действия, например в форме *взаимного онанизма*, встречаются у мальчиков, не будучи предвестником *гомофильных наклонностей* (см. с. 191). В настоящее время такие формы не рассматриваются большинством специалистов и просвещенной частью общества как психические расстройства. Различные игровые роли переменного сексуального поведения манифестируют в большинстве случаев в пубертатном и подростковом возрасте. Однако они могут наступать в форме приступообразных преходящих стадий генитальной сексуальности (например, эксгибиционизм, вуаеризм и т. д.; см. с. 188).

Кризис идентификации

Переживания деперсонализации и дереализации появляются в нашей культурной среде весьма часто. Они могут быть типичным выражением «*криза идентификации*» и сигнализировать о преходящих трудностях у подростка в его попытках привести в равновесие одолевающие его влечения и возрастающую требовательность к себе с приходящими извне ожиданиями своей роли и вида деятельности. (В культурной среде, в которой собственная идентификация взрослого может быть найдена только путем «самовыражения», подростку преподносится однозначный образец, принятый в обществе как «сам собой разумеющийся».)

При деперсонализации сознание «Я» внезапно преобразуется. Подросток, переживающий деперсонализацию, осознает себя в чуждом мире, как будто он — это вовсе не он и им утрачена его жизненная суть и сама собой разумеющаяся понятность существования. Одновременно дереализуется окружающий мир и воспринимается как отчужденный от себя. К изменениям в чувственных восприятиях могут присоединиться своеобразные искажения, например в восприятии перспективы или интенсивности цвета, шорохов, запахов и т. д. Дерееализация у подростков выражается порой в форме переживаний *Deja-vu* или *Jamais-vu*.

Переживания деперсонализации и дереализации могут быть выражены тенденцией бегства от мира, стремлением к одиночеству, которое воспринимается как нечто грандиозное. Психодинамически они могут быть следствием более или менее преходящих процессов расщепления, при которых из сознания «Я» уходит аффективная насыщенность. Поэтому подобные переживания часто связаны с «чувством бесчувственности» (отсутствием чувств). Переживания дереализации и отчуждения могут продолжаться и более длительное время и быть предвестниками или даже симптомами дебюта шизофрении.

Серьезные *кризы идентификации* проявляются порой в процессе *дисфорий*, связанных с *половой ролью*, вследствие болезненно переживаемого противоречия между анатомическим полом, с одной стороны, и душевной идентичности принадлежности к другому полу (при транссексуализме, см. с. 190). Замедление развития половых органов (например, эписпадия), эндокринно обусловленное замедление или ускорение развития (*Pubertas tarda* или *praecox*) или иные отклонения, обусловленные процессами развития (например, слишком поздно распознанного пахового крипторхизма) могут способствовать значительной задержке осознания своей половой роли и чувства идентификации.

Чисто психически обусловленные формы неуверенности в своей половой принадлежности (*gender identity disorder*) без выраженного транссексуализма в действительности встречаются значительно чаще, в частности у девочек, в тех культурах, в которых ожидание женской роли ведет к быстрой переориентировке. *Депрессивные расстройства и колебания настроения, частые в пубертатном и подростковом периодах*, проявляются в форме кризов идентификации, в частности потому, что чувство вины, сомнения в себе и уменьшение чувства «Я» создают угрозу идентификации своего «Я».

Суициды и попытки суицида

Суициды и суицидальные попытки в нашей культуре являются особенно серьезными, хотя и неадекватными формами выражения стремления преодолеть трудности. Эти проявления наблюдаются при сложно протекающих пубертатных и подростковых кризах (см. с. 81), чаще в возрасте между 15 и 19 годами. Так, в США уровень завершенных суицидов в этой возрастной группе в десять раз выше, чем у детей моложе 15 лет (что соответствует смертности 7,64 против 0,81 на 100 тыс. чел.).

В то время как в 1950 г. в ФРГ покончили с собой 848 подростков, юношей и молодых людей в возрасте от 15 до 25 лет и 32 ребенка, не достигших 15-летнего возраста, то в 1970 г. эти цифры достигли соответственно 1050 и 86 (что свидетельствует об удвоении числа самоубийств детей). Но если рассмотреть уровень ежегодных самоубийств по данным Федеральной статистической службы, то оказывается, что в период с 1968 по 1985 г. цифры самоубийств в возрастной группе моложе 15 лет постоянно колеблются, но не растут, в то время как в возрастной группе старше

15 лет отмечается отчетливая тенденция к росту. Истинная частота самоубийств в пубертатном и подростковом возрасте относительно невелика. Значительная часть попыток самоубийства совершается под влиянием импульсивных побуждений. Поэтому некоторое количество несчастных случаев в этой возрастной группе нельзя рассматривать как следствие непосредственных суицидальных действий, хотя они и мотивируются в известной мере суицидальными намерениями. Неосознанные или недостаточно осознанные суицидальные тенденции могут играть определенную роль в развитии токсикомании (см. с. 198 след.) или в развитии конфликта, связанного с анарексией (см. с. 127). Вследствие названных и иных оснований между уровнем учтенных суицидов и их истинной частотой существует, по-видимому, очень большой разрыв.

Конфликты авторитетов

Конфликты авторитетов, реакции протеста и тяжелые кризы непризнания авторитетов в настоящее время, вследствие изменений структуры семьи («отсутствующий отец») и стиля воспитания, выражаются в противоречиях между подростком и матерью, его расхождениями с коллективом, более или менее анонимными внесемейными структурами и властями. При этом было бы, однако, упрощением сводить отдельные формы коллективного юношеского протеста во всех его политических, неполитических и асоциальных вариантах исключительно к интрапсихической лабильности в этот период жизни и при этом не учитывать общественные поводы — безработицу среди молодежи, давление школы и ее требований, неопределенность жизненной перспективы и др.

С другой стороны, биологические процессы созревания в период пубертатного изменения инстинктов и, прежде всего, несинхронность процессов соматического и душевного созревания способны вызывать эмоциональную напряженность и противоречивость, которые выражаются в пубертатных реакциях протеста и агрессивной готовности и придают им насыщенную аффективную окраску. Наряду с «классическим» протестом против отца и многообразными формами выражения современных конфликтов с авторитетами встречается стремление к бродяжничеству, которое в пубертатном периоде и в подростковом возрасте достигает своей вершины. Часто оно является выражением юношеского протеста против родителей и воспитателей. В последние десятилетия обращает на себя внимание рост случаев бродяжничества среди девочек в пубертатном периоде, что нередко совпадает с сексуальной неуверенностью, началом лекарственной зависимости и/или проституцией. У мальчиков и в значительно меньшей мере у девочек в период бродяжничества, нередко под влиянием определенных субкультуральных факторов, дело может дойти до формирования или усиления асоциальных и/или криминальных форм поведения (воровство, нападения, акты насилия и т. д.) (см. с. 86 след.). Уход в религиозные и иные молодежные секты представляет собой стремление подростков и юношей к уходу из дома и отражает значительно возросшие в последние десятилетия формы социально-психологического протеста и защиты от нависшей опасности.

Вследствие практикуемых во многих молодежных сектах методик индоктринации и «промыывания мозгов», к которым относится и принудительное отчуждение (отрыв) от семьи и Peeg-groups, начальный протест против авторитетов переходит в слепое послушание и идеологическую, теологическую зависимость от харизматического главы секты и его представителей с соблюдением строжайшей иерархии. Предпринимаются попытки объяснить растущий успех этих молодежных сект появлением отдельных, еще не установленных социо-культуральных факторов. При этом

такие явления, как социальная изоляция, аномия, неоправданные надежды на будущее, эмоциональное обеднение межличностных отношений могут быть одновременно и причиной, и следствием описанного процесса.

Частота. Лечение. Прогноз

Соответственно росту продолжительности и усложнению условий социализации и созревания нарастает и частота пубертатных и подростковых кризов, их продолжительность и интенсивность, многообразие проявлений. Для разрешения этих кризов важны, наряду с процессом развития идентификации, эмоциональная толерантность и терпимость членов семьи и самого подростка, а также многие другие факторы биологического созревания и социальных влияний, которые в каждом конкретном случае нуждаются в возможно более полном выяснении. Наряду с индивидуальными консультациями необходимы просветительская работа с родителями подростка, а в более тяжелых случаях важна семейная терапия (самопомощь и помощь в преодолении реальных трудностей).

ЛИТЕРАТУРА

- Eggers Ch.: Krisen und Neurosen in der Adoleszenz. In: Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. VII. Springer, Berlin 1988.
- Erikson E.: Jugend und Krise, Psychodynamik im sozialen Wandel. Stuttgart 1974.
- Galanter M.: Charismatic religions sects and psychiatry: an overview. Amer. J. Psychiat. 139 (1982) 1539–1548.
- Gordon Th.: Familienkonferenz. Hamburg 1974.
- Meyer J.E.: Die Entfremdungserlebnisse. Stuttgart 1959.
- Nickel H.: Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters.
- Nissen G.: Psychische Störungen in der Pubertät und Adoleszenz. In: Eggers C., R. Lempp, G. Nissen, P. Strunk.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. 5. Aufl. Springer, Berlin 1989.
- Wissman M., R. Haucke: Jugendprotest im demokratischen Staat. Enquête-Kommission des deutschen Bundestag. Weitbrecht, München 1983.

II Социальная запущенность и заброшенность детей и подростков

Цель обучения

Способность оценить в целом общественные, индивидуально-психологические и биологические условия возникновения признаков социальной запущенности и/или заброшенности и обеспечить этим пациентам необходимые мероприятия, сотрудничая с соответствующими психологическими, социальными и психиатрическими службами.

Классификация

МКБ-9: 312

DSM III: 312.00

В учебниках по психиатрии проблемам запущенности и заброшенности уделяется, как правило, мало внимания. Это связано с тем, что речь идет не о первичных

психических расстройствах, а о социологических факторах, которые, скорее всего, в первую очередь и в значительной мере определяют отклонения и нарушения в поведении человека. Существенное значение имеет и то, что запущенность и заброшенность рассматриваются в основном не как проблемы самого пациента и его семьи, а как обстоятельства, рассмотрение которых входит в компетенцию общества в целом; это рассмотрение не должно быть односторонним, оно не должно усугублять трудности индивидуума.

Асоциальное поведение у детей и подростков всегда является попыткой разрешить возникшие проблемы и конфликты, чаще всего неприемлемыми средствами.

Определение

Об **асоциальном поведении** вследствие социальной запущенности говорят тогда, когда налицо частые нарушения действующих законов или общепринятых представлений о нормах нравственности. При этом не имеют значения мотивы этих нарушений, наличие или отсутствие у данного лица личностных расстройств, укладывающихся в рамки психиатрической терминологии.

Заброшенность констатируется тогда, когда речь идет о длительно протекающем асоциальном поведении, обусловленном нарушением структуры личности и, может быть, его проявлением. С этих позиций понятие заброшенности оказывается наиболее объемным, так как оно рассматривает перманентные изменения личности как предпосылку.

Оба определения применяются не только в повседневном обиходе, но также частично и в научной литературе. В качестве реакции на эти обиходные выражения, зачастую обидные для человека, предпринимаются попытки сделать «болезнетворное общество» ответственным за асоциальное поведение отдельных его членов и таким образом объявить их «невиновными». Старая проблема *взаимодействия индивидуальных качеств и окружающей среды*, которая всесторонне обсуждается в отношении почти всех проявлений психических расстройств, присутствует, таким образом, и здесь.

Предпринимались многообразные попытки не только представить симптоматиологию асоциальности (запущенности и заброшенности) в описательной форме, но также определить ее место с позиций этиологии, лечения и прогноза. Это отнюдь не просто уже потому, что отдельные проявления зависят от возраста и уровня интеллекта пациента и выражаются у мальчиков и девочек неодинаково. К. Hartmann (1970) выделил три отличающихся друг от друга *синдрома заброшенности*.

1. *Синдром нестабильности* с резко выраженным компонентом ожидания опасности (подавленность, растерянность, невозможность проявить мужество, беспомощность, слабость контактов, бродяжничество).

2. *Синдром асоциальности* с умеренно выраженной социальной опасностью; это преимущественно пассивная запущенность (запущенность в школе и на рабочем месте, тунеядство, злоупотребление алкоголем, «плохое поведение»).

3. *Синдром криминализации* с повышенной социальной опасностью, запущенностью с проявлениями агрессивности (угрозы и оскорбительные действия, повреждение и разрушение объектов, противоправные действия в возрасте до 14 лет, непреднамеренные нарушения законодательных положений).

При этом у мальчиков-подростков преобладают правонарушения против собственности при существующих одновременно «хвостах» по школьной программе и

самовольных уходах с уроков; у девочек появляются неупорядоченные сексуальные отношения с частой сменой партнеров, нередко одновременно воровство, «праздношатание», выступающие на передний план.

Что касается *основного эмоционального фона*, то возможно выделить две основные группы, имеющие четкие различия: депрессивно-дисфоричные подростки противостоят группе, которая характеризуется повышенной экспансивностью, экстравертированностью, повышенными запросами на фоне благодушного настроения.

С точки зрения прогноза неблагоприятными являются такие признаки, как бродяжничество, пониженная толерантность к испытаниям, депрессивное настроение, «хвосты» в школе и на работе, недостаточная способность контактировать с окружающими и злоупотребление алкоголем, а также праздношатание и частая смена сексуальных партнеров у девочек.

Этио-патогенетические представления

В реализации социальной запущенности, как и при других нарушениях поведения у человека, в различной степени играют роль личностные факторы и внешняя среда. Важнейшие факторы могут быть сгруппированы следующим образом:

- недостаточное воспитание или его отсутствие;
- невротическое развитие;
- церебральные заболевания, умственная отсталость;
- конституциональная слабость и наследственно-генетические факторы.

В каждом отдельном случае для диагноза, прогноза и терапии большое значение имеют распознавание и оценка преобладающих этио-патогенетических факторов. Это особенно важно при наличии церебральной органической недостаточности у ребенка или подростка, так как определяет выбор психологических и лечебно-педагогических мероприятий.

Вопрос о том, существует ли *«первичная асоциальность»*, т. е. девиантное поведение, которое в значительной мере детерминировано наследственно-конституциональными факторами, изначально поставлен неправильно. Конечно, как и почти при всех психических расстройствах, генетический фактор должен приниматься во внимание, но это ни в малейшей степени не говорит о ведущем или решающем значении такого предрасположения для манифестации проявлений запущенности. Большое значение приобретают прежде всего факторы окружающей среды. С другой стороны, не следует недооценивать того, что дети, страдающие психическими или интеллектуальными изъянами, а также те, у кого имеется легкая степень слабости отдельных функций (например, легастения), в первую очередь вступают в противоречие с окружающими. Подростки с проявлениями заброшенности отличаются более низким уровнем умственного развития, чем население в целом, хотя в этой группе могут находиться и подростки с высоким интеллектуальным уровнем.

Этимология термина «заброшенность» (*Verwahrlosung*) восходит к среднегерманскому глаголу «забрасывать, проявлять небрежение» (*verwarlosen*) и дает понять, что речь идет не о чисто пассивном процессе, а напротив, родителям принадлежит активная роль пренебрежения воспитанием своих детей. Рассмотренные в предшествующих главах процессы развития и глубинно-психологические мотивы тесно сплетаются с этими представлениями. Хронические эмоциональные ситуации фрустрации у маленького ребенка из неблагоприятной среды, а также усугубляющие заброшенность непоследовательные и противоречивые воспитательные приемы родителей (*вос-*

питание по модели маятника) во взаимодействии с уже названными факторами являются главной причиной развивающихся позднее социальной запущенности и заброшенности. К этому следует добавить представляющие угрозу влияния экономической среды и жилищных условий. При определенных условиях асоциальность может оказаться первым и чаще всего нераспознанным проявлением дебюта шизофренического психоза, который манифестирует несколькими годами позже.

Социальное значение

Социальное значение запущенности и заброшенности заключается в том, что общество не в состоянии примириться с фактом, что некоторые его члены входят в столкновение с многократно проверенными и законодательно отрегулированными социальными нормами. Если такие действия все же совершаются, то государство держит наготове *каталог мер*, предусмотренных Гражданским кодексом, Кодексом о защите молодежи (JWG) и Уголовным кодексом для молодежи (JGG). Спектр мероприятий, предусмотренных законодательными актами, включает как спорадические и случайные меры в отношении малолетних, осуществляемые ведомствами, которые патронируют подростков, так и подключение «воспитательных учреждений», «добровольных помощников в воспитании» (FEN), помещение в приюты (FE), вплоть до применения наказаний, предусмотренных для подростков. Эти меры представляют собой ступенчатую систему реакций общественности, которые определяются необходимостью установления контроля над поведением, выходящим за рамки принятых норм. Эти меры объединяют в различных пропорциях лечебно-педагогические элементы и наказания.

В количественном отношении проблема «общественного эрзац-воспитания» занимает немаловажное место. Так, например, в каждый отдельно взятый отрезок времени примерно 6 % от числа всех малолетних находится под наблюдением ведомств по делам несовершеннолетних, до 4 % малолетних по решениям FEN и FE находятся в специализированных учреждениях. Эти квоты, определенные федеральными властями, значительно колеблются в отдельных регионах, что в основном зависит от социальной структуры общества, различной практики помощи подросткам и деятельности специализированных судов, решающих проблемы подростков.

Терапия

Борьба с асоциальным поведением (запущенностью) и заброшенностью и лечение этих проявлений должны быть ориентированы на условия их возникновения. В этой связи следует напомнить о том, что рамочные общественные условия, сформулированные § 1 JWG, гарантируют каждому ребенку в Германии «права на воспитание физической, душевной и общественной активности», и эти права должны быть использованы. Можно ли осудить безработного подростка, если он берется за бутылку, а потом в нетрезвом виде ведет себя как вандал? Индивидуальная терапия, как правило, малоэффективна. Первым средством выбора являются амбулаторные, полустационарные и стационарные лечебно-педагогические и психологические лечебные учреждения. В дополнение к этому необходимы «терапия окружающей средой» и, прежде всего, консультирование родителей, выяснение школьной и профессиональной ситуации, стимулирование интересов и занятий в свободное время и т. д.

Выбирая *показания* для психотерапевтического или лечебно-педагогического курса терапии, необходимо учитывать возраст ребенка/подростка и уровень его развития, а также форму и структуру социальной запущенности и заброшенности. При этом большое значение приобретает создание дружественной атмосферы, выработка положительного отношения пациента к врачу. Если это оказывается возможным, то нужно стремиться к тому, чтобы избежать мер, связанных с изоляцией и отчуждением, и предпочесть амбулаторное лечение, например консультирование для детей и подростков и их родителей. Существует много указаний на то, что подобными мерами (поддержка силами социальных работников, членов жилищных объединений и лечебных пансионатов) удастся более эффективно повлиять на асоциальное поведение, чем с помощью госпитализации и связанной с ней изоляции в больших воспитательных интернатах и пенитенциарных учреждениях для подростков. Поэтому § 10 JGG предусматривает возможность предоставить подростку, совершившему уголовно наказуемое правонарушение, подвергнуться лечебно-воспитательным мерам у специалиста. При этом подразумевается не только лечебная педагогика в узком смысле, но также лечение с помощью собеседований, лечение отклонений в поведении и аналитическая психотерапия. Оплата мероприятий обеспечивается больничными кассами и, в соответствии с BSHG, специализированными ведомствами для подростков.

С другой стороны, нельзя отрицать, что некоторых подростков возможно обучать только медленно, в условиях закрытого специального интерната, отказавшись от непосредственного удовлетворения их прямых запросов как предпосылки их социального поведения, соответствующего реальности. Здесь им может быть обеспечена групповая терапия по типу создания терапевтического сообщества.

Далее, важно, чтобы подростки имели возможность получить во время содержания в интернате или тюремном учреждении профессию, которая в дальнейшем могла бы помочь им в реинтеграции в нормальных социальных отношениях.

ЛИТЕРАТУРА

- Hartmann K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Springer, Berlin 1970.
Nissen G.: Dissozialität und Verwahrlosung. In: Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. Aufl. Springer, Berlin 1976.
Eichhorn A.: Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. 7. Aufl. Huber, Bern 1971.



Неврозы и личностные расстройства

12 Психодинамика неврозов и личностных расстройств

Цель обучения

Понимание основных теоретических *позиций психоанализа* в его объяснении психодинамического происхождения функциональных психических нарушений; регистрация взаимной роли приобретенных в раннем детстве предрасположений, сдерживаемых желаний и запретных ситуаций конфликтной тематики, защитных механизмов симптомообразования в патогенезе неврозов и их дифференциально-диагностические отграничения от реакций на конфликты и личностных расстройств.

Следующие представления о неврозах и личностных нарушениях вытекают из *психоаналитического анализа заболеваний* и соответствующего моделирования психического функционирования. К ним относятся:

- предположение, что большая часть душевной деятельности протекает *бессознательно*, недоступна прямому наблюдению и может быть открыта лишь косвенным (непрямым) образом;

- представления (не объективизированные) о душевной организации как трех взаимосвязанных частях личности (инстанциях): «Я», «Оно» и «Сверх-Я») — так называемая структура или трехинстанционная модель психоанализа;

- понимание становления психической болезни как специфического результата взаимодействия предрасполагающих факторов, жизненного опыта (включая *раннее детство*) и актуального влияния окружающей среды.

Ориентация на *биографическое продольное сечение и индивидуализированное понимание* отделяет психоанализ от других теоретических концепций заболевания, в том числе *теории обучения* (и вытекающей из нее *поведенческой терапии*) и *терапии общением*, являющейся терапевтическим выводом, прежде всего, из системной теории семьи (а значит, *теории взаимных личностных уступок*).

Трехинстанционная модель психоанализа

Психоаналитическое понимание представляет себе три значительные структуры душевной организации, именуемые «Я», «Оно» и «Сверх-Я», которые возникают начиная от периода новорожденности, как недифференцированной матрицы, путем длительного, захватывающего личность процесса, в результате которого «Я» образуется, по крайней мере, в течение **первых трех**, а «Сверх-Я» — **первых шести лет** жизни. Первым в осмысливании психической организации в духе трехинстанционной модели, а также в понимании происхождения неврозов является представление важности конфликт-динамики. В противоположность понятию невроза лучше употреблять понятия «„Я“-нарушение» или «структуральный дефицит», из которых вытекает понимание психоаналитической конфликт-модели.

Здесь вместо этиологической гипотезы психоаналитическая психология предлагает в рамках трехинстанционной модели фазоспецифическую теорию нарушений организации личностной структуры (см. с. 94).

«Оно» может быть описано как *инстинктивный полюс* личности, или, по словам Freud, также как резервуар жизненной силы или преимущественный источник жизненной энергии. Манифестация инстинктивной энергии может проявляться в *либидинозном и/или агрессивном* качестве. *Содержание «Оно»*, частично врожденное, частично приобретенное в течение жизни, *бессознательно* и недифференцировано. Другие составные части психоаналитической модели — «Я» и «Сверх-Я» — подчиняются господству *принципа удовольствия* (хочется немедленного, безусловного освобождения инстинктивной энергии без моральных расчетов и реалистических выводов). При столкновении с такой неуступчивостью устанавливается антагонизм между «Оно» и другими душевными инстанциями. «Оно» устанавливает *первичный процесс* (отказ от временных связей, отмену противоположностей, смещение, сгущение (уплотнение) понятий и символизацию принятых логических структур) в противоположность «Я» и сознательной части «Сверх-Я», в которых господствует *причинность*, логика, реальный процесс (*вторичный процесс*).

«Сверх-Я» — такая внутренняя инстанция, которая у каждого ребенка в течение его семейной, а затем и внесемейной социализации передает для исполнения усвоенные во внеличностной (деперсонализационной) форме нормы и правила поведения. Препятствующим желанию ребенка уменьшить влияние этой нормативной инстанции является «наказание», устанавливаемое воспитывающей его личностью, прежде всего, путем воспитания *чувства вины и стыда*, которые исходят от «Сверх-Я» в форме неодобрения и осуждения со стороны посторонних. «Я-идеал» может быть понят как частичная инстанция «Сверх-Я», с помощью которой индивидуум получает необходимое *нарциссическое поощрение* (например, в форме духовного самолюбования), лежащее в ориентировании на идеал.

«Я» является приспособительным «органом» человека, который способствует выравниванию конфликтных требований (претензий) между двумя инстанциями («Оно»

и «Сверх-Я») и другими требованиями реальности. Это прежде всего *функциональное* определение, не имеющее всеобщего применения даже в психоаналитической личностной психологии и имеющее отношение к эмоциональной стороне (к эмоциональности). Это понимается как процесс, направленный на *самоутверждение*. Для этой цели работает «*принцип реальности*» — «думающая, планирующая, предусматривающая система» (Elhardt, 1984). Единичные *функции «Я»* (восприятия, мышление, реактивность, моторика, синтетико-интегративные функции, импульсивность и аффективность и др.) служат целям упорядочения и жизнеобеспечения. Это, в частности, имеет значение для способности развития от сигналов страха (в понимании сигналов опасности не только внешних, но и внутренних, связанных с требованием реабилитации «Оно» с помощью соответствующего опыта). Сигналы страха провоцируют «Я» для принятия защитных контрмер. Поскольку эти контрмеры действуют во *внутреннем опыте*, они находят отражение и резюмируются в понятиях *защиты*. «Я» выступает в роли носителя жизненно важной *защитной функции*, так сказать, *поля защиты* в противоположность «Оно», которое является источником силы, *инстинктивным полем*. Невротические симптомы и личностные особенности представляют собой компромисс между импульсами влечения и защитой, в котором «Я» принимает постоянное и решительное участие в их возникновении и формулировании.

Защитные механизмы

Защитный процесс осуществляется в формальной операции, называемой «*защитным механизмом*». В каждом случае защитный механизм распознается по личностной структуре, типу заболевания и генетической ступени развития, в которой защитный конфликт проявляется (Laplanche u. Pontalis, 1975).

Важнейшими *защитными механизмами* являются:

Вытеснение — выведение нежелательных импульсов и связанных с ними желаний в подсознание с целью длительного подавления возможности их возврата в сознание.

Универсальный психический процесс, являющийся составной частью постулируемого психоанализом деления психики на сознательную и подсознательную части, является главным среди других защитных механизмов и используется как синоним «защиты».

Проекция — перенос нежелательных качеств личности (нежелательных с точки зрения «Сверх-Я» личностных качеств на внешний мир, часто из намерения борьбы с этими нежелательными качествами).

Расщепление и диссоциация — отрицание внутренних конфликтных комплексов путем их высвобождения из соответствующего контекста, в постоянной связи с высвобождающей деятельностью «Я»-функционирования. «Расщепление» в противоположность «диссоциации» имеет специфическое значение отделения «очень хорошо» от «очень плохо» для объективной и субъективной защиты личности.

Отрицание — пренебрежение реальностью.

Идентификация — интериоризация атрибутов других внешних объектов.

Реактивное формирование — интенсификация вытеснения в противоположность инстинктивным переживаниям в сознании индивидуума.

Рационализация — вторичное оправдание обычно предосудительного поведения бытовыми мотивами

Изоляция — отделение представления от сопутствующего ему аффекта, который вытесняется при сохранении осознанности представления; *выход за пределы реально-*

го осмысления событий (магическое мышление взамен опыта, запретное поведение взамен акции «стирания»). Изоляция является одним из главных защитных механизмов при *неврозе навязчивостей*.

Перенос — отделение эмоциональных реакций от их первоначальных представлений и связывание их с другими, менее интенсивными представлениями (главный механизм *фобий*).

Поворот к собственной персоне — обратное направление инстинктивных импульсов на себя, прежде всего через переориентацию от гетеро- к аутоагрессии, — главный механизм *депрессии*.

Конверсия — перенесение вытесненного психического конфликта на соматические функции (главный механизм *конверсивного невроза*).

Регрессия — переход на ранние, «примитивные» формы переживания и саморегуляции в целях самозащиты. В становлении и возникновении неврозов регрессивный процесс неизбежен. Регрессия как общая характеристика невротической защиты занимает видное место в механизме вытеснения как единственного защитного способа упорядочения (Mentzos, 1982).

Перенос защиты, как мы часто это видим, наружу, в сферу межчеловеческих отношений, называется **психосоциальной защитой**. При этом установленные подсознательно межчеловеческие отношения, служащие для интрапсихической защиты, оправдываются, а реальные связи игнорируются. Чаще всего это проявляется при выборе партнера с соответствующими дополнительными невротическими требованиями к нему, или в выборе ролевого поведения (прежде всего, родителей к детям), или при манипулировании (управлении поведением), соблазнении и взаимном влиянии в условиях тесных межперсональных отношений (даже с врачом) (Mentzos, 1980). Неврозы (и даже некоторые психические заболевания и психозы) часто манифестируют в форме сшибки.

Ни интрапсихическая, ни психосоциальная защита не являются сами по себе патологическими. Основой защитного поведения является *охрана существования* и значения «Я», функционирование которого может *нарушиться* при *осознанном* столкновении с конфликтными темами, приведя к длительному болезненному нарушению качества жизни индивидуума.

Защита требуется при *несовместимом содержании*, нежелательном для «Я» (например, запускающем механизме страха), когда стоящие перед психическими инстанциями задачи в разной степени тяжелы и создают угрозу интеграции и четкому функционированию всей психической организации. Как правило, это приводит к инфантильному конфликту, свойственному детям в *первые шесть лет жизни*, возникающему от давления реальности (*и воспитания*) и требующему вытеснения. Знание типичных фазоспецифических конфликтов периодов развития является важной предпосылкой для понимания невротических расстройств у взрослых.

Психоаналитическое учение о развитии

Психоаналитическая психология развития охватывает сегодня дифференцированную теоретическую систему гипотез инстинктивного развития детей (Freud), развития «Самости» (Kohut), развития «Я» (Hartmann), «процесс отделения и индивидуализации» (Mahler) и развития объективных связей (Kernberg).

Фазы психосексуального развития

Согласно фрейдовскому пониманию, психосексуальное инстинктивное созревание у детей охватывает различные фазы (*оральную, анальную, фаллическую и эдипов комплекс*), каждой из которых соответствует *эrogenная соматическая зона*, определяемая по главному источнику инстинктивного удовлетворения (соответственно, сначала оральная зона, затем зона анального отверстия и, наконец, генитальная зона). Согласно Фрейду, инстинктивное созревание заключается в получении удовлетворения от раздражения различных в зависимости от фазы развития сексуальности эротических зон (оральной, анальной, фаллической — так называемый *инфантильно-генитальный способ*), пока, наконец, в пубертатном периоде оно не сменяется *приоритетом гениталий*. Таким образом, зрелая сексуальность из потребностей достижения инстинктивной цели (удовлетворения) в своем единстве и общности присоединяет и включает в себя иные виды сексуальности. Пока привлекательность любовного объекта ограничивается только лишь частями его тела (грудь, пенис и т. д.), т. е. символическими эквивалентами и/или инфантильными способами удовлетворения (оральный, анальный, подсматривание, обнажение) и не достигают генитального окончания как конечной цели, можно говорить о *частичных объектах* или *частичной инстинктивности*.

Оральная фаза (*в течение всего первого года жизни*). Первый контакт с миром через глубинную чувствительность и кожу, а позднее и путем зрительного восприятия. Господствующие *неприятные переживания*: голод, боли в животе (глубинные боли); господствующие *приятные переживания*: насыщение, успокоение. Развитие *архаичных ощущений*, связанных как с поощрением, так и с порицанием (позднее более болезненно корригируемые). Тотальная *зависимость* от ухаживающей персоны, которая пеленает, подмывает и распеленывает и которая представляет для ребенка первый обобщенный образ. *Симбиотическая привязанность* к осуществляющей уход персоне: расставание с ней переживается как экзистенциальная угроза; начало чисто пассивного удовлетворения от *насыщения (пассивный оралитет)*; затем развитие *активно-орального аспекта*, попытка схватывания и поддержания груди матери, попытка укусь (орально-каптитивные) и «орально садистические импульсы»). Агрессия в этой фазе проявляется в «*оральной зависти*» и «*оральной ярости*», постоянно связанной с *чувством бессилия*. *Главный страх* — страх утраты объекта, страх расставания; позже — страх лишения любви главного объекта (матери). Переживания *превербальны*, так как не передаются путем языковой коммуникации и недоступны рациональной переработке.

Анальная фаза (2–4 года). В нашей культуре — время воспитания навыков опрятности. Удерживание кала переживается как удовольствие, и ребенок вместе с этим удовольствием приобретает власть над матерью, таким образом привязывая ее к себе (горшковый ритуал); основная модель значительно более поздних садо-мазохистских отношений с объектом. Одновременно ребенок ощущает удовольствие от *продуцирования* (кала). Лучше описывается как соматическая граница различения внутреннего и отторгающегося от него продукта (первая собственная продукция ребенка и его «благодарность» матери, лежащая в интимной сфере).

Одновременно и параллельно с этим сосуществует и «фаза упрямства», в период которой ребенок обучается отграничению от своего симбиотического объекта путем научения слову «нет» (которое сосуществует со словом «да»). Тематика власти, силы, верх-низ, обязательного исполнения (принуждения) среди прочих стоят на первом плане. *Моторика* все более развивается, приводя к новым успехам в овладении соб-

ственным телом и ловкости. *Жажда деятельности, экспансивные стремления* (которые уводят от матери!). Расширение социального радиуса, принятие решения о том, является ли окружающий мир при предстоящем соприкосновении с ним соблазнительным или внушающим страх. Понимание мира путем *магического мышления*. Влечение к разрушительной деятельности (из любопытства иногда осуществляемой) — по этой причине фаза называется *«анально-садистическая»*. Подчинение установленным родителями нормам в этой фазе происходит из страха лишения любви и, прежде всего, из господствующего теперь *основного страха наказания*.

Анальная фаза развития инстинктов определяется временной рамкой, во время которой, согласно М. Mahler, происходит **процесс отделения и индивидуализации** и заканчивается к концу третьего года жизни. Этот процесс ведет к постепенному отделению от матери и *внутренней автономии* (от матери), которые в той степени, в какой это возможно для ребенка такого возраста, ведут к самостоятельности, освобождению и разграничению индивидуальности. Процесс постепенно нарастает, вступая в так называемую *«фазу повторной близости»* (от 18 до 36 месяцев), когда автономная деятельность ребенка становится особенно значительной. В этой фазе ребенок стремится прочь от матери, пока страх отторжения и томление по ласке не приводят его к ней снова. Регрессивное повторное стремление к близости с матерью с ее стороны вызывает страх утраты приобретенной ребенком самостоятельности. Маятниковые движения от матери и к ней определяют в каждом конкретном случае оптимальную дистанцию от симбиотического объекта. Таким образом ребенку прививается автономия, поскольку материнское существование или повторная встреча с матерью гарантируют необходимое укрытие (защиту).

Фаллическая фаза (4–5 лет). Открытие половых различий (любопытство, удовольствие от показа и подсматривания). Открытие самоудовлетворения и вследствие этого рост автономии. «Фаллическая гордость» мальчиков (большие гениталии, больше струя при мочеиспускании и т. д.), открытие мальчиком, что у девочек отсутствует пенис, что приводит к страху кастрации, а у девочек — к разочарованию и зависти к тем, кто им (пенисом) обладает, — и, по аналогии, зависть к имеющим грудь и женские половые органы у юношей, которые открывают для себя, что их мужественность лишена этих привлекательных предметов. По времени эта фаза пересекается с эдиповой фазой, которая первично характеризуется *эдиповым треугольником*.

Эдипова (инфантильно-генитальная) фаза (4–6 лет). Если до сих пор ребенок, преимущественно, поддерживал двойные связи (с матерью, отцом, братьями или сестрами), то теперь все большую роль приобретает эдипов конфликт в рамках треугольника взаимосвязей. Ребенок составляет теперь представление о том, что *между отцом и матерью* имеется связь, из которой он чувствует себя исключенным и которая вызывает у ребенка сексуальное фантазирование, связанное с переработкой наблюдаемой в 1–2-летнем возрасте сексуальной связи родителей. Желание ребенка заключается в устранении половых органов родителей (желание смерти сопернику, последствий которой он не представляет) и перенесении себя на место другого полового органа родителей (в связи с этим часто возникает латентно-соблазнительный сигнал «поддержки»).

Позитивный эдипов комплекс (ненависть к одноименному полу и любовь к противоположному полу родителей) может тормозиться любовью к сопернику и страхом мести (*страх кастрации*). Это гораздо менее часто наблюдаемая сторона данной стадии развития, корнем которого является **негативный эдипов комплекс**, состоящий в том, что ребенок идентифицирует себя с родителем противоположного пола,

выполняя в соответствии с этим роль партнера однополого с ним родителя. Для мальчиков это означает подчиненность отцу и даже пассивно-заботливое увлечение им, для девочек — активно «фаллическая» конкуренция. В каждом таком варианте эдиповых конфликтов возникающая агрессивность связывается у ребенка сильным страхом с чувством вины. Все это вместе со осознанием невыполнимости своих эдипозных желаний дает ребенку повод для прекращения эдипозного фантазирования («гибель эдипова комплекса», начало нового периода развития ранней сексуальности от 5–6 лет до начала пубертата).

Эдипова фаза, заканчивающаяся в благоприятном случае идентификацией ребенка с родителем одного с ним пола, связана с развитием *перспективы на будущее* («когда я вырасту и стану таким, как мой папа, я буду так же, как мой папа, иметь жену, и она будет такой, как моя мама»). Таким образом, возникает сильное стремление к развитию, пробуждаемое идеальным представлением об отце и матери. «Сверх-Я» как *внутренняя*, отделенная от родителей цензурная инстанция, теперь полностью удовлетворено. В некоторых благоприятных случаях эдипов комплекс разрешается не описанным выше способом, но путем *вытеснения* с всегда наличествующей возможностью его реализации в более поздний период жизни.

Нарциссическое развитие

Психоаналитическая теория нарциссизма (так же, как психоаналитическая *психология «самости»*) тематически объединяет *развитие внутренней картины личности* (саморепрезентативность), *самопереживание*, *самооценку* и *отграничение самости от объекта*. Инстинктивное развитие и нарциссическое развитие тесно связаны друг с другом. Некоторые формы проявления неврозов и личностных расстройств становятся более понятными при применении к ним этиологической гипотезы психологии самости (Selbst-Psychologie).

В психоанализе нарциссизм есть безоценочное понятие, которое Фрейд ввел для распределения энергии либидо между объектом и субъектом. Позднее Kohut и Kernberg разработали многочисленные условия для нормального развития нарциссизма и вероятные факторы нарушения этого развития.

Ребенок развивает картину собственного «Я» и самооценку в процессе постоянного взаимодействия сигналами с окружающим миром. Решающими при этом являются:

1. *Радостное установление* самости и жизнедеятельности ребенка через мать (*нарциссическое зеркало*, в которое смотрится ребенок, глядя на блеск глаз своей матери).
2. Возможность идеализировать и интериоризировать образ одного из родителей (прежде всего отца) для превращения внешнего образа в «Я-идеал».

Мало-помалу интериоризация радостного, симпатичного ребенку отражения матери служит созданию *внутренней нарциссической регуляции* переживания самости и самооценки у ребенка по мере его взросления. Формирование внутренней картины «Я» и самоидентификация с необходимым разграничением от внешнего мира есть необходимое условие развития. Недостаток этих условий, приводящий к уменьшению эмпатии к матери (чувства взаимосвязи, ощущения идентификации с нею), в конечном счете вызывает разочарование в идеальном образе родителей и часто приводит ребенка к фантазиям относительно собственного величия, неуязвимости и самодостаточности, которые могут явиться источником (патологического) самоотражения.

В этом оправдывающем себя **«самовозвеличивании»** отражается конфронтация с действительностью (уход от конкурентной или испытывающей ситуации), всегда возникающая в социальной среде, делающей очевидной собственную несостоятельность. Люди с подобной грандиозной самопрезентацией вынуждены ограничивать себя в межлических отношениях, потому что, в первую очередь, ищут *не действительных*, а идеализированных партнеров, соответствующих проекции **собственного «Я»**; отказ от выставленных ими требований часто вызывает экстремальную **«парциссическую ярость»**.

Патогенез неврозов с психодинамической точки зрения

Невротический конфликт взрослого индивидуума является индивидуальным вариантом типичного конфликта раннего генеза. В зависимости от биографического опыта единичный случай проявляется, главным образом, как *конфликт с ближним и далеким окружением, конфликт зависимости, автономности, разрыва, агрессии, сексуальный (эдипов) конфликт и конфликт самооценки*.

Когда конфликт не получает соответствующего фазоадекватного решения в детстве, он вместо этого существует в его *первоначальной интенсивности в вытесненной форме*, в связи с чем возникает **невротическое предрасположение**, которое при определенных условиях может проявиться в форме невроза (не обязательно). Вытеснение связано с положительным усилием, которое, в свою очередь, стремится к разрядке, к уменьшению чувства страха и проявляется во вторичных реакциях облегчения (например, неадекватная агрессивность, сменяющаяся покорностью у ребенка, который вообще подчиняем и покорен). В благоприятных случаях посредством вытеснения устанавливается равновесие, с помощью которого индивид способен жить, пусть даже путем известного *самоограничения* (А. Freud). Если такое равновесие нарушается вследствие изменения условия, появляется воля к приспособлению, приводящая к неврозу (как одной из форм восстановления гомеостаза).

Выход из этих конфликтоспецифичных случаев соблазна или запрета, ситуационная динамика которых приводит к вытеснению душевного конфликта и проявляется в феномене *«ключа—замка»*: **ситуация соблазна—запрета**, когда сильные и значимые для взрослого вытесненные импульсы (соблазн) возникают одновременно с отменой прежнего вознаграждения за подавление первоначально вознагражденного отказа (запрет). Такая констелляция может привести к невротической симптоматике, в которой вытесненные, доставляющие инстинктивное удовлетворение импульсы (в скрытой форме и ценой болезни), возможно, одновременно сочетаются с новыми защитными механизмами с целью уменьшения страхов в виде новых связей, приводящих к облегчению (*вторичный выигрыш через болезнь*) и стабильному образованию невротических симптомов.

Механизм невротического симптомообразования. Выбор симптомов зависит от того, какая часть вытесненных, связанных друг с другом переживаний проникает в сознание. Каждое конфликтное, связанное с другим, переживание состоит, по меньшей мере, из *пяти частей*, каждая из которых, изолированно одна от другой, может проникать в сознание следующим образом:

- 1) в виде представлений (чаще всего навязчивых);

2) соответствующим аффектом (представленным, в частности, при невротической депрессии; см. с. 109);

3) соответствующим моторным импульсом (преобладает навязчивое поведение — двигательные навязчивости — или конверсивные симптомы; см. с. 101);

4) вегетативным проявлением аффекта (например, общий необоснованный тремор или покраснение);

5) (вторичный) негативный аффект, связанный с комплексом и первоначально приводящий к вытеснению (в большинстве случаев — страх).

Следует различать **характерные симптомы**, возникающие при *определенных неврозах и имеющие определенные проявления (например, фобические или конверсивные симптомы)*, и **нехарактерные симптомы**, которые обычно сопровождают различные нервные заболевания с приоритетной конфликттематикой (например, неполадки на работе, боязнь контактов, пассивное сознание ложности своего положения, длительное ожидание).

Первичное и вторичное происхождение болезни. Невротические симптомы приводят к субъективному страданию, которое одновременно причинно связано с частичным удовлетворением запретных побуждений. В этом отношении они связаны с *первичным происхождением болезни*. Спонтанные ремиссии после прекращения пусковой ситуации удовольствия или запрета встречаются достаточно часто. Значительную роль *долговременной поддержки неврозов* играют *вторичные факторы происхождения болезни*, которые, помимо первоначальных причин, связаны с реакцией на воздействие окружающего мира в форме невротических симптомов.

Вопрос о том, как возникает невроз, следует отделять от других сопутствующих вопросов о том, каким образом поддерживается это болезненное состояние. Исходя из этого, целесообразно судить о *первичном или вторичном происхождении болезни*. При этом ищут психодинамические и теоретические подходы к разработке концепции данного невроза. В каждом случае, несмотря на то что столкновение с неврозами воскрешает даже у врача собственный болезненный опыт, субъективная оценка может быть ненужной и излишней.

Определение неврозов

С психодинамической точки зрения неврозы определяются как психические заболевания, при которых имеют место:

— взаимодействие средовых факторов и патогенного влияния детских (до шести лет) конфликтов, образующих предрасположение;

— возникающие при взрослении дополнительные условия (*конфликтспецифические удовлетворения и задержки*), являющиеся предопределяющими в развитии неврозов, — это актуализация вытесненного инфантильного конфликта;

— *невротическое симптомообразование* как новый компромисс между актуализированными инфантильными инстинктивными желаниями и защитой от них;

— *поддержка этих невротических приспособлений* к действительности через вторичное внутриспсихическое, часто даже социальное облегчение путем невротического, часто субъективно-болезненного поведения.

Дифференциальный диагноз

Когда мы говорим о *типичных неврозах*, имеется в виду упомянутая раньше осмысленная психодинамическая взаимосвязь между симптомом, пусковой ситуацией и

установлением характера ранней детской травматизации. При этом мы должны использовать (для оценок состояния и диагностики) *свободный от невротических симптомов интервал*, чтобы своим вмешательством случайно не нарушить конфликтспецифическую ситуацию соблазна и запрета. Считая невротические переживания и невротическое поведение возвратом к пубертату или даже к детству (так называемая *преморбидная симптоматика*), лучше все же говорить о **невротическом развитии**.

С прогностической точки зрения важно проводить разграничение между **симптом-неврозом** и **характер-неврозом**. Характер-неврозы отличаются от симптом-неврозов разветвленной и характерной устоявшейся симптоматикой (через единичные, ранее установленные, очерченные симптомы). Ошибки в приспособительном поведении при характер-неврозах привычны и исходят от «Я»-синтонности. Можно также сказать, что человек обладает определенными и устойчивыми свойствами характера и не впадает в растерянность без особой конфронтационной ситуации. В новой диагностической классификации такие длительные болезненные периоды нарушения приспособительного поведения обозначаются термином **«личностные расстройства»**. Остается открытым вопрос, следует ли, если личность рассматривает нарушение приспособительного поведения как болезнь и болезненно переживает его, расценивать это как проявление характер-невроза или как постоянные свойства ненормального характера в ненормальных социальных условиях (см. с. 111).

Неврозы и личностные расстройства следует отличать от так называемых **острых реакций нагрузки** (реактивных состояний, острых реакций на стресс, МКБ-9: 308) и **нарушений приспособительного поведения** (адаптационные приспособительные реакции, МКБ-9: 309; DSM III: 309). Часто в этой связи прибегают к термину *«конфликт-реакция»* или даже «ненормально реактивное переживание» (K. Schneider). Острые реакции на стресс (на причиненный ущерб, острые реактивные состояния), по определению МКБ-9, — это преходящие расстройства, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней, разной степени тяжести и проявления, возникающие как реакция на такие тяжелые повреждающие факторы соматического или психического характера, как природные катастрофы или военные события. К реакциям в форме нарушения поведения (также по классификации МКБ-9) относятся легкие или преходящие психические нарушения, которые, однако, более продолжительны, чем острые реакции на стресс, и возникают у лиц, ранее *не страдавших* психическими расстройствами. Реакции в форме нарушения поведения длятся обычно не более нескольких месяцев или, как правило, проходят в узких временных рамках и связаны с такими психическими травмами, как, например, траур или развод. Нарушения поведения следует отличать от *депрессивного настроения или состояния страха*, а также от состояний снижения работоспособности и *реакций регрессивного ухода* от травмирующей ситуации.

«К клинической картине конфликтреакций относится временное и понятное переплетение в речи понятий, связанных с угрожающей разрушением конфликтситуацией» (Bräutigam, 1985). Часто реакция представляет собой готовый способ облегчения в форме катарсиса, что само по себе не относится к понятиям патопсихологии неврозов.

От так называемых **эндогенных психозов** неврозы и личностные расстройства отличаются, прежде всего, тем, что даже при возможной утрате способности к реальному восприятию и *реальному переживанию* (например, при деперсонализации) оста-

ется способность к *реалистической ориентировке*, отличающая внутренний мир от внешнего и утрачиваемая при острых психотических эпизодах.

ЛИТЕРАТУРА

- Bräutigam W.: Reaktionen — Neurosen — Abnorme Persönlichkeiten. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart 1985.
 Elhardt S.: Tiefenpsychologie — Eine Einführung. 9. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart 1984.
 Mentos S.: Neurotische Konfliktverarbeitung — Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Kindler, München 1982.
 Laplanche J., J.-B. Pontalis: Das Vokabular der Psychoanalyse. 2. Aufl. 2 Bde. II. Suhrkamp, Frankfurt 1975.

13 Клиника неврозов

Цель обучения

Знания о классификации невротических нарушений, их диагностике, дифференциальном диагнозе, психо- и социодинамике и терапия определенных форм неврозов.

Классификация невротических расстройств

В 9-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-9) Всемирной организации здравоохранения неврозы под диагностическим кодом 300 квалифицируются как *невроз страха* (МКБ-9: 300.0), *истерический невроз* (МКБ-9: 300.1), *невротические фобии* (МКБ-9: 300.2), *невроз навязчивостей* (МКБ-9: 300.3), *невротическая депрессия* (МКБ-9: 300.4), *неврастения* (МКБ-9: 300.5), *невротический деперсонализационный невроз* (МКБ-9: 300.6) и *ипохондрический невроз* (МКБ-9: 300.7).

«Диагностическое и статистическое руководство психических расстройств» (DSM III) Американской психиатрической ассоциации в своем третьем издании (1980), хотя и сохранило указанное в МКБ-9 кодирование неврозов, но внесло в традиционное разделение неврозов некоторые существенные пункты. Речь идет не столько о неврозах, сколько о «невротических расстройствах», которые делятся на пять групп, названных «*соматоформные расстройства*», «*диссоциативные расстройства*», «*синдром страха*», «*аффективные расстройства*» (см. с. 320) и «*психосексуальные расстройства*» (см. с. 173). Данная классификация представляет возможность дальнейшей дифференциации от классического понятия истерии так называемых истерических феноменов соматоформных или даже диссоциативных расстройств. На этом основании, ориентированном на DSM III, мы предлагаем собственные определения неврозов, особенно понятия «соматоформные расстройства», не употреблявшегося ранее в немецком языковом пространстве.

Соматоформные расстройства

Отличительным признаком этой группы являются указанные в определении DSM III *соматические симптомы*, которые при кажущемся поражении органов и систем орга-

низма не имеют под собой каких-либо известных патофизиологических механизмов, тогда как в оформлении этих расстройств предполагается связь с психическими факторами и конфликтами. Кроме ипохондрии, эти расстройства облекаются в соматические симптомы, которые охватываются диагностическими названиями **«истерический невроз»** или **«конверсионный невроз»**. В DSM III предлагается разделение понятия «истерических» соматических симптомов на три части, а именно: *конверсионный синдром, психогенный болевой синдром и соматизированный синдром.*

Конверсионный синдром

Ведущим симптомом является *утрата или изменение соматической функции*, которая при тщательном исследовании не может быть объяснена органическим поражением (расстройством). Симптом не поддается волевому контролю. Начало или эскалация связаны по времени с *конфликтспецифическим раздражением со стороны внешней среды* (на языке психоанализа — «пусковая конфликтситуация»). Часто симптом производит впечатление своей выразительностью и/или проявляется вследствие действия *вторичных причин возникновения болезни.*

«Классические» конверсионные симптомы ранее расценивались как неврологические заболевания — например, затруднение при глотании (ощущение комка в горле), потеря голоса (афония), глухота, двоение в глазах, туман перед глазами (расплывчатость зрения), слепота, обморок или беспамятство (потеря сознания), припадки или судороги, затруднение при ходьбе, паралич или мышечная слабость, нарушения мочеиспускания или дефекации. Более редкими являются конверсионные симптомы, связанные с желудочно-кишечной или эндокринной системами (например, психогенная рвота, воображаемая беременность). Диагноз конверсионного синдрома устанавливается тогда, когда проявляющийся симптом не соответствует действительно соматическому расстройству, например показатель хороших моторных функций при параличе конечностей, нормальная зрачковая реакция на свет при конверсионной слепоте или парезы, явно не соответствующие анатомии нервной системы.

Частота проявления, течение, дифференциальный диагноз. Конверсионный синдром соответствует определению **«классического» конверсионного невроза** с драматической выразительной симптоматикой и бросающимся в глаза символическим содержанием. Такие классические картины болезни в наше время встречаются все реже. Для течения характерно внезапное возникновение под влиянием эмоциональных стрессовых условий и короткая продолжительность. Опасность хронификации (и ятрогении) лежит в патогенном психосоциальном устройстве. Дифференциальная диагностика состоит в исключении органических расстройств. Опасность ошибочного диагноза особенно выражена по отношению к лицам с бросающимися в глаза «истерическими» чертами характера.

Психогенный болевой синдром

Сильная и длительная боль является господствующим в сознании вредным фактором, снижающим работоспособность. Жалобы на боль после основательного обследования не соответствуют анатомии нервной системы или патологическим изменениям органов и не могут быть объяснены известными патофизиологическими механизмами. Даже в случае если соматические расстройства имеются, жалобы на боль не могут быть ими объяснены. Начало или интенсификация болей при конверсионном синдроме находятся во временной зависимости от конфликтспецифического воздействия

внешней среды, вызывающего данный симптом при отсутствии сознательного осмысливания конфликта.

Обострение болевого синдрома часто возникает вследствие действия вторичных причин возникновения неврозов при отсутствии достижения преимущества с помощью других механизмов.

Течение, дифференциальная диагностика, осложнения. Болевой синдром может исчезать при отмене пусковых интрапсихических или социальных факторов и, соответственно, обостряться или хронифицироваться при длительном их воздействии. Пациенты имеют собственное мнение в отношении психогенеза их болевых ощущений и поэтому настаивают на проведении им соматической терапии. *Тяжелым осложнением при этой патологии является ятрогенная зависимость от транквилизаторов и наркотиков, а также безуспешные повторные хирургические вмешательства.*

Синдром соматизации

Главным признаком этого синдрома являются многообразные многолетние рецидивирующие соматические недуги, требующие медицинской помощи, но не имеющие под собой очевидных соматических расстройств.

Нарушения начинаются в *возрасте около 30 лет* и носят хронический, хотя и флуктуирующий, характер. Картина заболевания часто неадекватна (по драматичности, тяжести, чрезмерности) и включает в себя комплексную медицинскую предысторию, в которой содержится много медицинских диагнозов. Часто эти пациенты одновременно пользуются лечебными рекомендациями многих врачей. Нарушения связаны с *псевдоневрологическими симптомами, гастроинтестинальными нарушениями* (например, болями в животе), расстройствами в *женской половой сфере* (например, нарушениями менструального цикла), болями (прежде всего в спине), *кардиопульмональными и психосексуальными симптомами*. Согласно критериям DSM III, синдром соматизации описан в 12 симптомах и может быть отнесен к пациентам, которые в связи с высказанными ими жалобами принимали медикаментозное лечение или изменяли стиль своей жизни.

Течение, дифференциальный диагноз, осложнения. Хроническое, но флуктуирующее течение с редкими спонтанными ремиссиями. Главными осложнениями являются депрессии, суицидальные попытки, (ятрогенная) зависимость от психотропных препаратов и ненужных диагностических вмешательств.

Дифференциальная диагностика должна касаться разграничения со всеми соматическими заболеваниями (например, с рассеянным склерозом). *Первичное появление многочисленных соматических симптомов в позднем возрасте почти всегда объясняется соматическим заболеванием.*

Ипохондрия

Ведущий симптом — это обстоятельная деятельность, связанная со страхом болезни в связи с нереалистической интерпретацией соматических сигналов и ощущений. На нереалистический страх не оказывают влияния ни врачебное успокоение, ни соответствующие диагностические мероприятия. Характерно частое посещение врачей, при этом врачи с легкостью обвиняются в небросовестности.

Ипохондрия может являться тяжелой психической помехой и оказывать влияние на различные области жизни пациента. *Течение* обычно хроническое, с присоединением одних и прекращением других симптомов. *Дифференциальный диагноз* состоит в

отграничении от действительных органических заболеваний и психозов с соответствующим по содержанию нарушением восприятий.

Психо- и социодинамика соматоформных расстройств

Соматоформные расстройства являются проявлением переведенного на язык тела (символизированного) подсознательного конфликта (или даже структурдефицита) или симптомами, связанными с опасениями относительно собственного тела и являющимися адекватной заменой в действительности психического конфликта.

При некоторых функциональных соматических симптомах (например, при конверсионно-невротических припадках или даже психогенной рвоте) символическая выразительность стоит на первом плане; другие соматические симптомы (например, хроническая психогенная боль) менее драматичны и имеют больше взаимосвязей с невротическим конфликтом. Часто функционирует так называемая модель замещения, при которой врач, констатируя жалобу как симптом (в данном случае — боль), расценивает ее в действительности как *замену*, т. е. отклонение от реакции на реальную ситуацию (например, того, кто потерпел ущерб в межлических отношениях, но отрицает связь между болезнью и этим ущербом, сохраняя при этом страстное стремление к поддержке, признанию, успокоению, переменам, жизнерадостности и т. д.). Данные симптомы нередко стабилизируются и становятся компенсированными при внутренней уравновешенности пациента, а также его партнеров и членов семьи.

Совместная деятельность всех членов семьи в помощи данному больному (Stierlin), прекращение конфликтов внутри семьи предотвращают обострение болезни и стабилизируют состояние даже в условиях неблагоприятного воздействия социальной среды.

Для ясности и четкости определения *социодинамического аспекта соматоформных расстройств* при *синдроме соматизации*, протекающем в течение многих лет с характерной хаотической историей болезни, большое значение имеет врач. Современные формы медицинского обслуживания (индивидуальный врачебный прием, больницы, лечебные клиники и т. д.) служат целям выведения наружу *интрапсихического* конфликта в форме столь важного для пациента сценического его воплощения, когда пациент свои тайные душевные страдания инсценирует в ранее неизвестной для него форме и тем самым как бы «выводит их на поверхность». Принципиально это проявляется в надежде и понимании пациентом своих проблем (понимание заключается в просьбе, чтобы пациент облекал в словесную форму то, о чем он перед этим спрашивал у врача). Трагичность этой ситуации состоит в том, что при выходе пациента на медицинскую сцену подключается весь аппарат медицинской диагностики, что в каждом случае является очень болезненным и часто безуспешным.

Иногда можно предполагать, что соматические жалобы пациента и его обращения к врачу вызваны мазохистским желанием причинить себе боль и обнаруживают связь с садомазохистским комплексом.

Никто не будет страдать по собственному желанию, но всегда следует думать о том, не уменьшает ли данное состояние что-то такое, что может вызвать еще большее страдание (например, страх, одиночество, лишение соответствующего внимания и успокоения, полный запрет на выражение своих чувств, виновность). Во врачебной беседе следует скорее признать тяжесть страдания пациента, чем бороться с агравацией его симптомов. После установления симптома следует задаться вопросом: ка-

кого облегчения ищет пациент в своем страдании? Что было бы с ним без этого симптома? Часто получение ответа на эти вопросы является основанием для предложения психотерапевтической помощи (а также отказа от нее).

При ипохондрии всегда констатируется, что она в меньшей степени основана на описании невротического конфликта, а, скорее, как бы тематизирует (обозначает в доступной тематике) общее чувство животного страха и, в соответствии с этим (так же как, вероятно, и при синдроме соматизации), обозначает в тяжелых нарушениях соматического самочувствия имеющуюся предуготованность в виде взаимосвязи «мать—дитя». Связь больного с его телом, так сказать, символизирует эту раннюю (разорванную, неудавшуюся) связь с матерью: в своих ипохондрических опасениях и соматическом фокусировании внимания пациент находит подсознательное отражение материнской заботы и ухода. Соматические функции не имеют таких соответствующих обозначений, как «лишенный заботы», «непредсказуемый», «неухоженный», «чрезмерно требовательный» или даже «дефективный», которые мать находила у пациента раньше. Вынужденное внимание к своим *соматическим функциям* («забота вместо любви») является заменой той материнской заботы о теле ребенка, которую он чувствовал в детстве. Ипохондрические соматизированные расстройства почти всегда хронифицированы, ибо в узком смысле они являются конверсионно-невротическим проявлением глубоко укоренившихся *«ранних расстройств»* и прикрывают массивный «Я»-структуральный дефицит.

Терапия соматоформных расстройств

Показана *поддерживающая терапия*, при которой симптом анализируется, прежде всего, в его субъективном аспекте (с точки зрения его места и значения для данного субъекта). Для некоторых пациентов необходимо многолетнее психологическое (т. е. психологическое и психолого-педагогическое, направленное на ресоциализацию детской психотравматизации) сопровождение. Исключение составляет *конверсионный синдром*, при котором направленная на переработку конфликта адресная психотерапия в короткое время приводит к исчезновению симптома. Для конверсионно-невротических нарушений без предварительного объявления о характере и ориентации психотерапии чаще всего рекомендуются *суггестивные методы* (например, гипноз). Психотерапия может быть признана адекватной для лечения соматоформных расстройств, когда пациент готов, по крайней мере, обдумать *психогенез* своих соматических нарушений. Для всех соматоформных расстройств представляет опасность ятрогенная зависимость от психотропных препаратов (в отличие от психотерапии), а также бесполезность других ненужных диагностических и, особенно (это всегда надо иметь в виду!), хирургических вмешательств.

Диссоциативные расстройства

Диссоциативные расстройства, так же как и соматоформные расстройства, относятся к истерическому кругу (наиболее часто употребляемые обозначения — *«истерический невроз», «диссоциативный тип»*). *Ведущим признаком* диссоциативных расстройств является внезапное, ограниченное во времени изменение *интегративных психических функций* — памяти (*психогенная амнезия*), самоидентификации (*не одна, а множество личностей*) или двигательного поведения — *психогенное бегство (фуга)*.

Дифференциальная диагностика с неврологическими расстройствами (височной эпилепсией), а также с психозами.

Деперсонализационный синдром в систематике DSM III также относится к диссоциативным расстройствам. *Ведущим симптомом* является нарушение самовосприятия и переживания своего «Я», вследствие чего восприятие собственного существования либо утрачивается, либо изменяется (отчуждение собственных чувств, изменение восприятия собственного тела, ощущение самого себя как механического, лишенного естественности, находящегося как бы «во сне»). Легкие деперсонализационные переживания возникают у 30–70 % молодых людей. Чем сильнее выражен данный симптом, тем тяжелее психическое расстройство, в котором он проявляется (синдром страха, депрессия, шизофрения), что требует *дифференциальной диагностики!*

Психо- и социодинамика, психотерапия

Все описанные феномены являются защитными механизмами диссоциации (см. с. 92) и в традиционной диагностике относились к истерии. Встречаются они также при *пограничных расстройствах* (пограничных областях между шизофреническими психозами, расстройствами личности и психическим здоровьем) и при выходящих за пределы истерических расстройств шизоидных или *шизотипических расстройствах личности* (см. с. 112).

Для определения места и значимости диссоциативных симптомов необходима *тщательная структурная или личностная диагностика*. Выводы из этого структурного диагноза определяют также и исходные позиции психотерапии. Диагностированные расстройства часто (но не всегда) выражают «Я»-структурный дефицит, который во многих случаях ограничивает рамки психотерапии. При соответствующей силе «Я» и мотивации (в этом случае еще реже) возможна интеграция диссоциированного содержания или участие личности в достижении общих терапевтических целей.

Невротически обусловленный синдром страха

К синдрому страха относятся расстройства, при которых страх является доминирующим симптомом, возникающим или при встрече с пусковым, вызывающим страх, объектом или ситуацией (*фобии*), или при попытке преодолеть навязчивые мысли или навязчивые действия (*невроз навязчивостей*). Аффект страха может встречаться в форме *паники* или *генерализованного страха*. Отнесение невроза навязчивостей к синдрому страха и отграничение синдрома страха, сочетающегося с паническими атаками, от неосложненного паническими атаками синдрома страха является специфичным для DSM III и до сих пор в немецком языковом пространстве не применялось.

Фобические расстройства

Ведущим симптомом является продолжительный необычно сильный страх перед определенными объектами или ситуациями, которые в норме таких чувств не вызывают, связанный с вытесненными желаниями и сопровождающийся избеганием вызывающих страх стимулов. Страх и поведение, связанное с избеганием, ограничивают социальный радиус и вызывают субъективную болезненную ранимость.

При *простых фобиях* ограничения связаны с фобическими опасениями, касающимися единичных объектов или ситуаций (например, страх животных или страх высоты). Для *социальных фобий* характерен устойчивый, иррациональный страх перед ситуацией, в которой посторонние могут увидеть, проверить, пристыдить или унижить. Тяжелые социальные ограничения часто вызывает *агорафобия*.

Агорафобия. Ведущим симптомом этой тяжелой формы фобии является ярко выраженный страх одиночества или страх перед пребыванием в открытом пространстве, из которого затруднена эвакуация или в котором затруднено оказание помощи в случае внезапной слабости, например при обмороке. *Чаще всего возникают следующие ситуации избегания:* пребывание в толпе (оживленная улица, магазин), в туннеле, лифте (подъемнике), на мосту, в общественном транспорте. Пациенты часто могут выходить из дома только с сопровождающими.

Расстройство часто начинается с единичного или несколько раз повторяющегося приступа страха. Далее развивается страх ожидания самого приступа, так называемый «страх страха». Часто это означает начало хронификации с присущим этому заболеванию ограничением нормального радиуса активности; страх и поведение избегания определяют жизнь страдающего этим расстройством. Как и при других фобиях, тяжесть данного расстройства может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от изменений фобических стимулов. Возможны также и полноценные ремиссии.

Состояния страха или «невроз страха»

Здесь аффект страха стоит на переднем плане. Он может возникать как *генерализованный страх* или *паника*.

К *генерализованному синдрому страха* относится общее, упорное (персистирующее) состояние страха, которое является ведущим симптомом, а не только сопровождает клиническую картину других расстройств. Кроме больших индивидуальных различий в манифестных симптомах, постоянными чертами являются моторное напряжение, вегетативная гиперактивность, страх ожидания, сверхбдительность и постоянная проверка окружения.

Паническая атака манифестирует *внезапным* началом интенсивных опасений. Страх или испуг часто сопровождается чувством грозящей катастрофы (несчастья). *Наиболее часто повторяющиеся симптомы во время панической атаки:* диспноэ, сердцебиение, боль в груди, удушье или чувство стеснения, головокружение, парестезии, потливость, слабость, дрожание или озноб, страх смерти, сумасшествия или утраты самоконтроля во время атаки.

Осложнения — особенно при хронификации синдрома страха (включая агорафобию) — почти всегда проявляются в злоупотреблении алкоголем, барбитуратами и анксиолитиками (часто в соответствии с врачебными предписаниями).

Течение может быть волнообразным, со спонтанными ремиссиями, но чаще с выраженной тенденцией к хронификации. Генерализованный страх и панические атаки связаны с механизмом подавления страха путем тенденции к фобической переработке с соответствующим изменением симптомов, а именно *снятием аффекта страха через поведение избегания*.

Психо- и социодинамика неврозов страха и фобий

Невротические синдромы страха *не являются* конфликтспецифическими. Часто оформление избавления от симптоматики страха или поведение избегания предполагают защиту от невротического конфликта. При этом часто сознательное избегание диаметрально противоположно подсознательному инстинктивному импульсу: агорафобия, например, является защитой от постоянных *экспансивных желаний* (бегство от постоянного стремления к расправе, ненависти и побуждений к убийству, сексуальных желаний, фантазий, связанных с проституированием, и т. д.). Эти желания ос-

нованы на биографическом жизненном опыте (часто на запрете автономного поведения ребенка в раннем детстве), подавленным страхом и *подсознательным*, а поэтому рационализированным и защищенным поведением избегания (избегание соблазна). При всех фобических ситуациях функционирует основной защитный процесс, в соответствии с которым бегство от угрожающих *внутренних стимулов* переносится во *внешнюю ситуацию*, вследствие чего происходит соответствующее избегание и уменьшение страха. Повторный опыт уменьшения страха приводит к стабилизации реакции избегания в соответствии с принципами теории обучения.

При **неврозе страха** выразительное переживание панической атаки часто соответствует психодинамическому истоку: приступ страха может быть эквивалентом приступа ярости, эрзацем сексуального акта (с типичным возрастанием и окончанием сексуального возбуждения); часто, однако, это выражение элементарного страха отторжения, соответствующего страху смерти при оставлении матерью беспомощного ребенка. Нередко мы находим пациентов с неврозом страха среди детей тех чрезмерно тревожных матерей, которые передают детям свой диффузный жизненный страх вместо реалистической оценки риска и опасностей, угрожающих ребенку. Кoenig называет это «потерей управления объектом» как одной из жизненно важных внутренних структур. У сформированного человека в таких случаях остается *зависимость от постороннего человека*, играющего роль жизненно важной защиты.

Повышенная чувствительность к отторжению, подчеркнутое стремление к избеганию и пассивное ожидание ошибки в терапии характеризуют *взаимоотношения с пациентами*, страдающими неврозом страха. При психотерапии возможен отход от достигнутого улучшения вследствие активизации глубоко укорененного страха автономии. И наоборот, страх часто устраняется близостью защитной фигуры (врач) или защитной ситуации (больница).

Терапия

Поведенческая терапия при переносимой фобической симптоматике или даже массивной социальной ущербности, ориентированная на защиту пациента; мягкая, заботливая, направленная на обнаружение причин аналитическая психотерапия (прогноз неблагоприятен, если болезнь выражена исключительно в симптомах, одновременно поддерживаемых высокой степенью вторичной причинности). Часто средством выбора является продолжительная, неторопливая терапия, в которой врач (психотерапевт) выступает в роли недостающей защитной фигуры (символизируемой часто через рецепт, письменное указание о характере поведения, номер телефона или медикамент, который пациент должен носить при себе). *Регулярное назначение анксиолитиков противопоказано* как из-за угрозы привыкания, так и в связи со вторичным страхом перед отменой лекарств (см. с. 194).

Синдром навязчивостей или невроз навязчивостей

Ведущий симптом — рецидивирующие навязчивые мысли и/или навязчивые действия. Навязчивые мысли вторгаются в сознание и воспринимаются страдающим как чуждые, мешающие и лишённые смысла (в отличие от *бредовых представлений*, которые переживаются как *синтонные своему «Я»*), отчего делается попытка их игнорировать или преодолевать. Навязчивые действия также сопровождаются чувством субъективного насилия, т. е. пациент не обладает четкой способностью выбора между осоз-

нанным и неконтролируемым действием. Образ действий регламентируется определенными правилами или ритуалами, которые, будучи сами по себе не лишены смысла, призваны вызывать или предотвращать определенные события и ситуации. Подавление навязчивых действий вызывает массивный страх.

Навязчивые мысли могут проявляться в форме насильственных представлений («я хочу убить своего ребенка»), боязни загрязненности («я могу заразиться сам или заразить других через прикосновение») или сомнений во всем (например, длительные раздумья о том, не возникнет ли несчастный случай на транспорте). К наиболее частым видам *навязчивых действий* относятся мытье рук, счет, постоянная перепроверка своих действий, стремление к прикосновению. Часто ближайшее *социальное окружение вовлекается в ритуал навязчивостей* (проверка чистоты, вовлечение в ситуацию утра- нения и контроля и т. д.).

Течение и осложнения — такие же, как и при других синдромах страха. Синдром навязчивостей может стать главным содержанием жизни. Если навязчивости приводят к серьезным социальным ограничениям, то их называют не неврозом, а «болезнью навязчивостей».

Психо- и социодинамика невроза навязчивостей

Навязчивые мысли и действия несут связанную со страхом функцию. Они делают безопасными угрожающие инстинктивные импульсы (побуждения) преимущественно агрессивной или сексуальной природы, которые могут привести к выраженным *антисоциальным тенденциям*. Навязчивые симптомы часто относительно откровенно указывают на их защитное содержание; кроме того, эта защита связана и с тем, что навязчивая симптоматика отчуждена от личности больного. Навязчивый синдром часто сочетается с магическим мышлением и магическим поведением, с помощью которых подавляется инстинктивная опасность (см. с. 92).

Когда синдром навязчивостей (но не насильственности) сочетается с соответствующим *обсессивным* или «*пассивно-агрессивным*» характером (см. с. 115), поведение пациента в *терапевтическом отношении* также носит соответствующие характеристические черты (выступающая на передний план неуступчивость, неспособность к сопереживанию, неговорчивость, сублимированная склонность к обструкции, сопротивление, пассивная агрессия), которые психотерапевтом определяются как садомазохистские реакции сопротивления. В терапевтической практике эти деструктивные отношения часто бывает необходимо выяснять перед началом психотерапевтического сотрудничества.

Терапия

Поведенческая терапия (особенно при очерченных, оформленных симптомах навязчивости, а также при массивных, обусловленных навязчивой симптоматикой социальных ограничениях); *системно-терапевтический метод* (например, описание больным своих симптомов, предполагаемая их оценка и способ изменения поведения, предложенные для коммуникативной терапии); для лиц, способных к интроспекции — *ориентированная на раскрытие аналитическая психотерапия*. Деструктурирование и требующее регрессии психотерапевтическое вмешательство часто приводят к возникновению страха, в связи с чем психоанализ следует проводить только после

тщательного обследования и при наличии показаний. Навязчивые симптомы часто встречаются в качестве предшествующих психозу. В этом случае аналитическое психотерапевтическое вмешательство строго противопоказано (дифференциальный диагноз). Основным правилом лечения психозов являются терапевтическое мероприятия (см. с. 137).

Невротическая депрессия

(синоним — «депрессивный невроз»; по номенклатуре DSM III — «дистимические расстройства»)

Клинические симптомы. Ведущим симптомом является продолжительное депрессивное настроение (печаль, уныние, подавленность) или отсутствие радости и интереса к обычным видам занятий и времяпрепровождению. К этому присоединяются *индивидуальные проявления* депрессивного синдрома (снижение аппетита, изменение веса, нарушения сна, психомоторное торможение или возбуждение, уменьшение активности, общее снижение работоспособности, социальное снижение, ощущение собственной неполноценности или чувство вины, нарушение концентрации внимания, замедленность мыслей и речи, мучительная нерешительность, ипохондрические опасения, мысли о смерти и самоубийстве, часто суицидальные планы и попытки).

Дифференциальный диагноз. Невротическая депрессия должна быть отграничена от *депрессий истощения, реактивных депрессий* и так называемых *эндогенных депрессий*.

От так называемых *конфликт-реакций* или *нарушения приспособления* невротическая депрессия отличается продолжительностью и рецидивирующим течением.

Реакция траура может развиваться в форме глубокой депрессии, однако она является *нормальной* формой реакции на отторжение любимого человека. Когда депрессия безремиссионно длится более двух лет и проявляется в чрезмерной подавленности, двигательной заторможенности, выраженном снижении работоспособности, чувстве своей никчемности и виновности, следует говорить об осложненной реакции траура и ее депрессивно-невротической переработке. Диагноз *эндогенной депрессии*, как правило, говорит о тяжести заболевания и заставляет предполагать органические причины, а также свидетельствует об отсутствии причинной связи с внешними стрессовыми предпосылками. Нередко четкое разграничение между эндогенными и невротическими депрессиями спорно. К дифференциально-диагностическому разграничению относится и определение «психотическая депрессия» в рамках *маниакально-депрессивного психоза* (см. с. 320).

Психо- и социодинамика невротических депрессий

Невротические депрессии, как это понятно из их названия, являются результатом *невротической переработки конфликта*. Это, как правило, конфликт, *связанный с агрессией, субъективный отказ от прощания с любимым объектом, субъективное отрицание существующего*, интериоризированное идеальное решение, не переработанное нарциссически, а в экстремальных случаях — общее *нарушение нарциссической интегративности*, что часто приводит к суицидальным действиям.

Депрессия соответствует «понятию поворота агрессии против собственной персоны», притом что агрессия против любимого, экзистенциально связанного с пациентом объекта, отчужденного от него врагом или собственной ненавистью, проходит. Поворот агрессии против собственной персоны равнозначен попытке удержать (уже давно утраченный) объект: картина смерти любимого может в собственном внутрен-

нем пространстве оставаться и удерживаться, при этом первоначально смерть действует как упрек, в связи с чем оставленность манифестирует жалобами на собственное мучение. Часто депрессия есть подсознательная попытка по крайней мере заместить утраченный объект удерживаемым страданием или (буквально) приблизить этот объект страданием.

В других относящихся к *нарциссической сфере* случаях депрессия означает крах нарциссического равновесия в связи с обидой (возврат к нарциссическим претензиям к окружающей среде) или даже с возвратом к следованию внутренним идеальным представлениям (о красоте, успехе, любовной привлекательности). Иногда суицид представляет последнюю попытку восстановить свое утраченное нарциссическое единство («свое лицо»).

На практике все депрессивные реакции реактуализируются более или менее интенсивно, так же, как чувство беспомощности и бессилия в детстве — при невозможности установления связи с экзистенциальным объектом, служащим источником любви и защиты. Это делает депрессию чрезвычайно уязвимой к реальному, даже минимальному опыту отторжения, вследствие чего даже *прерывание связи с врачом-психотерапевтом* и перерыв в психотерапевтических занятиях в связи с отпуском врача может привести к усилению риска суицидальных реакций.

Кажущаяся необоснованной фиксация на страдании, подчеркнутое внимание к вызывающим страдание сторонам жизни и имманентное провоцирование возврата прежнего путем рано или поздно наступающего требования помощи придает депрессии девальвирующий ярлык *мазохизма*. Нужно пытаться избежать усиления страданий (чувства вины, смертельного страха отторжения, абсолютного, непереносимого самоуничтожения) путем надзора и удерживания. Упреки со стороны окружающих или даже благосклонное подбадривание, так же как и просто призыв покончить с прошлым, может в данной ситуации усилить депрессивные самоупреки (самообвинение).

Терапевтическая стратегия

Главным в *терапевтической стратегии* является установление факта депрессии и возможность облегчить страдания пациента. В дальнейших терапевтических планах, и особенно при хронификации депрессивных расстройств, следует учитывать возможность злоупотребления алкоголем и психотропными средствами как возможными *осложняющими факторами*, а также возможность увеличения суицидального риска при преждевременной нагрузке, ориентированной на раскрытие внутренних механизмов депрессий, или недостаточности назначенной психофармакологической терапии. (Более подробно о психо- и соматотерапии депрессивных больных см. на с. 344.)

ЛИТЕРАТУРА

- Hoffmann S.O., G. Hochapfel: Ein Führung in die Neurosenlehre und Psychosomatischen Medizin. Schattauer, Stuttgart 1979.
- Mentzos S.: Hysterie — Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen. Kindler, München 1980.
- Mentzos S.: Angstneurose — Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Fischer, Frankfurt 1984.
- Quint H.: Über die Zwangsneurose. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1971.

14 Клиника личностных расстройств

Цель обучения

Знакомство с проблематикой и понятием психопатии, разработка базисных критериев диагностического распределения личностных расстройств.

Определение понятия

Диагностическое понятие «личность», так же как и понятие «личностное расстройство», неоднозначно определено в немецкой психиатрии; исторически оно имеет дополнительное отношение к понятию психопатии. При этом существование этих личностных расстройств подразумевается, но никоим образом не определяется. **Аномальные личности**, или **психопаты**, согласно этой традиции, — это люди, которые имеют *биологические* отклонения от нормы и, следовательно, обнаруживают (наследственные) конституционные патологические варианты. Ниже в этом контексте описываются установившиеся представления об отрицательных воздействиях, связанных с этими ненормальными характерами, и степени социальных отклонений в связи с поведенческими проявлениями этих характеров. В этом отношении диагноз личностного расстройства почти всегда имеет дискриминационный аспект и потому должен быть тщательно взвешенным.

Психоаналитическое мышление обязывает при личностной диагностике ставить совершенно другие акценты. В **психоаналитической характерологии** проводится разграничение с типичным развитием личности или чертами характера, а также с *невротическим симптомообразованием*, которое понимается как биографический компромисс в основных конфликтных взаимоотношениях между инстинктивными и защитными силами; в основе невротикических симптомов, типичных для развития личности, лежит существование «Я»-синтонности и его нарушения, отражающегося в поведении человека, особенно в период конфликтреакций, описанных выше. В *психодинамической* позиции на первой линии психоаналитической характерологии различают *четыре личностных типа* — это **шизоидные**, **депрессивные**, **обсессивные** (склонные к навязчивостям) и **истерические характеры**. При этом переходы от типичных («нормальных») характерологических вариантов к диагнозу «характер-невроз», «невротическая структура» (Bräutigam, 1985) или даже «личностные нарушения» расплывчаты и даже терминологически неточно обозначены. В DSM III *личностные расстройства* выделяются, при этом подчеркивается, что их названия используются как диагноз заболевания. Указанная терминология применяется в настоящем руководстве.

Классификация личностных расстройств

К личностным расстройствам относятся, прежде всего, *параноидные личностные расстройства* (МКБ-9 и DSM III: 301.0), *шизоидные личностные расстройства* (МКБ-9 и DSM III: 301.2), *ананкастические личностные расстройства* (МКБ-9 и DSM III: 301.4), *истерические* (в DSM III — *истероидные*) *личностные расстройства* (МКБ-9 и DSM III: 301.5) и *антисоциальные личностные расстройства* (МКБ-9 и DSM III: 301.7). В качестве новых в DSM III выделены и, соответственно, в данном руководстве описываются *шизотипические личностные расстройства* (DSM III: 301.22),

нарциссические личностные расстройства (DSM III: 301.81), пограничные личностные расстройства (DSM III: 301.83), а также зависимые (DSM III: 301.60) и пассивно-агрессивные личностные расстройства (DSM III: 301.84).

Личностный диагноз часто есть *множественный диагноз*. Он может сочетаться с другой личностной диагностикой. Одновременно и параллельно с личностной диагностикой следует указывать актуальный *синдром* или *невротический симптом*, например конверсионный синдром (конверсивный невроз) при истерически зависимых личностных расстройствах.

Параноидные, шизоидные и шизотипические личностные расстройства

Для этой группы личностных расстройств характерна выраженная *ущербность в сфере общения*, проявляющаяся в недоверчивости, дистанцировании от окружающих, уменьшении эмоциональной теплоты и утрате социальных связей.

Лица с **параноидным расстройством личности** имеют тенденцию проецировать переработку окружающей действительности в агрессивную плоскость. Они настороженно ждут нападения (агрессии) и склонны ложно расценивать поведение окружающих как враждебное и пренебрежительное по отношению к ним. Попытка противостоять этому и корригировать такое восприятие действительности, как правило, лишь утверждает параноидную личность в ее первоначальных опасениях (*параноидный стиль мышления*). Фанатизм, кверулянтство, патологическая ревность, хроническая задиристость и упрямство дополняют картину этих личностных расстройств.

Для **шизоидных личностных расстройств** характерна склонность отторгиваться от социальных и всех требующих эмоционального сопровождения контактов с уходом в мир фантазий. Бросающаяся в глаза холодность и слержанность часто скрывают неспособность к проявлению теплых чувств. Для некоторых шизоидов характерны эксцентрические особенности мышления, речи или поведения, которые иногда напоминают смягченные шизофренические симптомы (вид и масштаб которых следует прояснять и отделять от шизофрении). Эта группа пациентов в DSM III определяется как **шизотипические личностные расстройства**; некоторые немецкие психиатры применяют вышедший из употребления диагноз «*пограничная шизофрения*» или «*пограничный синдром*».

Истерические («истероидные»), нарциссические, антисоциальные и пограничные личностные расстройства

К группе людей с этими личностными нарушениями относятся лица, характеризующиеся односторонним, управляемым эмоциями поведением, драматическим выражением чувств, неуравновешенностью в мыслях и чувствах, импульсивностью и склонностью к *манипулированию в межлических отношениях*.

Истерические (истероидные) личностные расстройства обращают на себя внимание преимущественно легкой, неестественной и лабильной аффективностью, неосознанной театральностью, выраженной экспрессивностью, чрезмерными эмоциональными реакциями, повышенной внушаемостью и склонностью к самодраматизации. Мысли и восприятия имеют *импрессионистический стиль*, т. е. окрашены впечатлениями. В межлических отношениях эти люди ищут постоянного внимания и подтверждения своей значимости. Вследствие этого поведение носит одновременно

зависимо-беспомощный и требовательный характер, часты повторные манипулятивные (рассчитанные на соответствующее поведение окружающих) суицидальные жесты, а также назойливая демонстративность («phallisch»).

За истерическим фасадом скрывается, как правило, низкая самооценка, пустота чувств, прячущаяся за активностью, и глубокая неуверенность в своей половой принадлежности. Стремление к самоутверждению или манипуляция другими в действительности являются выражением сексуального желания, потребности в удовлетворении инстинктивных желаний. Под истерическим характером часто обнаруживается неразрешенный эдипов конфликт и продолжающаяся далее при взрослении амбивалентная связь с родителем противоположного пола. В глубоких слоях истерических личностных расстройств таится ущерб на ранней *оральной стадии развития* и опыт существования не в собственной роли, а в роли другого. Расстройства личности указанного типа *чаще диагностируются у женщин*, чем у мужчин, — собственно, потому, что эмоциональная выразительность женщин в нашей культуре поощряется, а другие специфические для данного пола и адекватные формы самореализации и самовыражения затруднены.

При **нарциссических личностных расстройствах** клиническая картина вместо описанных выше проявляется в преувеличенном («Я»-синтонном, входящем в соответствие с «Я») чувстве собственной ценности и единичности, продолжительном желании постороннего внимания и удивления со стороны окружающих, увлеченности фантазированием о своих выдающихся, безграничных успехах, силе, блеске, красоте или идеальной любви. Одновременно имеет место высокая чувствительность к критическим замечаниям, недооценке и пренебрежительному отношению со стороны окружающих. В *межлических отношениях* выражено чувство «нарциссической претенциозности». Сюда относится, например, ожидание особых льгот и привилегий без соответствующей отдачи, пренебрежение правами и достоинством других при требовании благорасположения к себе (часто откровенная эксплуатация партнера), неустойчивость оценок («качели оценок») от крайней идеализации до обесценивания и, прежде всего, *недостаток эмпатии* (неспособность сочувствовать, сопереживать).

Для **антисоциальных личностных расстройств** (личностных расстройств с преимущественной социопатией или антисоциальным поведением) характерны выраженные и стойкие, несмотря на жизненный опыт и наказания, нарушения социального поведения. В детстве они очень часто начинаются с лживости, воровства, драчливости, склонности к обману и мошенничеству, неподчинения авторитетам и непризнания их. В период взросления нередко встречается промискуитет (беспорядочные половые связи) или агрессивно-сексуальное поведение, злоупотребление алкоголем и лекарствами. Лица с антисоциальными личностными расстройствами по достижении зрелости почти всегда неспособны к длительной продуктивной работе и выполнению соответствующих родительских обязанностей. Постоянно и устойчиво проявляется ограничение способности к *продолжительным и сердечным связям* с товарищами, партнерами и членами семьи.

Антисоциальные личностные расстройства с их вводящим в заблуждение названием «асоциальные» или даже «антисоциальные» во избежание дискриминации лучше называть *диссоциальным развитием*. Жалобы на внутреннюю напряженность и опустошенность, хроническое дисфорическое настроение и (реалистическое определение) полное ненависти отношение к ним окружающих постоянно сопутствуют хронической диссоциальности. Следует отличать эти расстройства от тяжелых психических поражений (например, поражения мозга в раннем детстве), шизофрении и маниакальных эпизодов в рамках биполярных расстройств.

Пограничное личностное расстройство является новым определением в DSM III и впервые употребляется как *официальный* психиатрический диагноз. Определяемое как неразъясненное пограничное состояние между неврозом и психозом или даже между расстройством характера и психозом, оно значительно раньше применялось в речи в форме синонимов «*пограничный синдром*» или «*пограничные расстройства*». Личности с подобными расстройствами в *межлических отношениях* описываются либо черными, либо белыми красками (разделение на «очень хорошие» и «очень плохие» объекты), что поддерживается их любовным отношением к деструктивным элементам и тем, что они одобряют агрессивные эксцессы. Соответствующие межлические связи пограничных пациентов, хотя и интенсивны (панический страх одиночества), но одновременно нестабильны и могут быть внезапно оборваны (например, идеализация и девальвация партнера (объекта)). Отсюда типичные кратковременные неуправляемые колебания настроения и *выраженная неуверенность в себе*, что на практике отражается в различных областях жизни (в выборе профессии, в половой роли и т. д.). В *аффективной сфере* преобладает гневливость или хроническая раздражительность, сочетающаяся с хроническим чувством опустошенности и скуки. Особенно типично для пограничных личностных расстройств поведение, связанное с многообразными видами самоповреждения или самоубийства вследствие алкоголизации, злоупотребления лекарствами или поступков, связанных с насилием и нарушением влечений (например, ограбление лавок, разорительные азартные игры).

Нарциссические личностные расстройства и *пограничные личностные расстройства* с психодинамической точки зрения считаются ранним расстройством, при котором особенно массивная травматизация происходит в первые годы жизни при разрешении фазоадекватных конфликтов влечений, особенно связанных с массивной агрессией от разочарования и невозможности их реализации. Это приводит к предположению о нарушении процесса структурообразования, следствием которого является ущербность межлических отношений и примыкающие к ней формы конфликтной переработки действительности.

Подчиняемые (зависимые), навязчивые и пассивно-агрессивные личностные расстройства

Люди с этими расстройствами часто выглядят испуганными, зависимыми от авторитетов и сдержанными в проявлении своих реакций, испытывающими в своих проявлениях субъективную принужденность собственных мыслей, чувств и поведения.

Подчиняемые (или зависимые) личностные расстройства. Лица с подчиняемыми личностными расстройствами действительно не способны к самостоятельным поступкам, в связи с чем передают другим ответственность в жизненно важных областях (что следует делать, решает партнер). Они подчиняют собственные потребности персоне, от которой они зависят, не осмеливаясь сердиться и не рискуя отстаивать свою позицию. Отказ от позиции зависимости вызывает крайнюю степень страха или чувства вины. Соответствующей замены дефициту уверенности в себе нет, собственные потребности, если они действительно возникают, замалчиваются и сами собой исчезают. Зависимые личностные расстройства сопровождаются и выраженной *депрессивностью*, что дает право говорить о «*депрессивной личности*». В личностных расстройствах отражается конфликт между оральными желаниями и разочарованиями, а также связанный с автономией страх, в связи с чем эти люди удерживаются в регрессивной позиции зависимости.

К навязчивым (ананкастическим) личностным расстройствам относят ограниченную способность к выражению теплых и нежных душевных порывов. Вместо этого

имеет место чрезмерное соглашательство, формальность и сдержанность. Другие чувства, кроме попытки приспособиться к требованиям принципа и следовать тому, что делают другие, не принимаются в расчет. Ни одно дело не доводится до конца, что создает тяжелые помехи в работе. Стиль мышления носит конкретный, детализированный характер, отчего установить связь между мыслями и пониманием часто затруднительно (*навязчивый стиль мышления*), обязательность заменяет им радость от контактов в *межлических отношениях*, жертвой которых они часто становятся. Часто встречается сквозная, проходящая через всю жизнь *амбивалентность*, сочетающаяся с постоянным сомнением и неспособностью принять решение. Безопасность здесь связана с предусмотрительностью, планированием и контролем. Спонтанность и гибкость мышления, чувств и поведения кажутся отчужденными, растянутыми во времени. Отношение к авторитетам неопределенно, при предупредительной покорности оно отмечено тайным сопротивлением, которое особенно выражено в случаях крайней степени пассивно-агрессивных расстройств личности.

Поведение, связанное с взаимоотношениями, строится по типу «молот или наковальня», мысли неукоснительно придерживаются категории «верх или низ». Почти всегда устанавливается торможение способности к самоотдаче и самоотверженности, что подсознательно обусловлено подчиненностью (часто по отношению к садистически фантазируемому партнеру). Выражается эта неудачная самореализация, как правило, заменой выражения «я хочу» на «я должен». Часто навязчивые личностные расстройства скрывают конфликт *анальной фазы развития* (амбивалентность между отпусканьем-оставлением), борьбы за власть, конфликт автономизации.

Пассивно-агрессивные личностные расстройства часто встречаются совместно с другими расстройствами личности (прежде всего, с навязчивыми или зависимыми) — как прямое выражение несостоявшейся агрессии, порождаемой страхом. В центре пассивно-агрессивных личностных расстройств стоит *косвенная несостоятельность* (проявляющаяся, например, в склонности откладывать решение на будущее, топтаться на месте, в намеренной небрежности, забывчивости и т. д.). Основной чертой поведения с детства является стремление все сваливать на обстоятельства вместо самостоятельного и эффективного поведения. Косвенная несостоятельность часто приводит к глубоко укоренившейся и длительной социальной и профессиональной бестолковости, беспорядочности, отсутствию прилежания и может блокировать профессиональную карьеру. «Пассивное сопротивление» выявляет явную аналогию с детским упрямством. Пассивная агрессивность, как правило, является выражением сдержанной анальной фазы развития, во время которой таким образом оказывается влияние на требовательного родителя и тем самым сохраняется самостоятельность. Кроме того, для лиц с такими расстройствами характерно болезненное чувство *удовлетворения* вследствие тайного триумфа от того, что их протест воспринимается как слабость и неспособность и поэтому наказание (за отказ от выполнения социальных функций) является несправедливым.

Психотерапия и психотерапевтический прогноз

При необходимости — срочная психиатрическая помощь, социотерапевтические мероприятия, защитная (поддерживающая) психотерапия, в том числе и долговременная, психоаналитически ориентированная психотерапия или психоанализ. Выбор психотерапевтических форм, в первую очередь, определяется «Я-структурой или «Я-силой» пациента, т. е. возможностью перенести все ступени закономерного психотерапевтического процесса. Для психотерапевтической индикации действительны, впрочем, и обычные критерии (например, мотивация пациента, проявление и

размеры вторичных причин возникновения болезни, которые должны оцениваться при каждом личностном расстройстве).

Прогноз соответствующей психотерапии при *параноидных, шизоидных и антисоциальных личностных расстройствах* плохой. Он бывает лучше при хорошем структурировании *истерических, зависимых, навязчивых и пассивно-агрессивных личностных расстройств*. При необходимости психотерапевтической индикации *нарциссических, шизотипических и пограничных личностных расстройств* следует быть очень осторожным вследствие их склонности к «Я»-регрессии и негативным терапевтическим реакциям. Часто принимается решение о применении модифицированных форм психоанализа в зависимости от особенностей личностных нарушений. Пограничные личностные расстройства с их склонностью к импульсивным действиям нуждаются, например, в *активном противодействии* деструктивным проявлениям в их поведении, при необходимости связанном со строгой изоляцией, а также госпитализацией.

ЛИТЕРАТУРА

Bräutigam W.: Reaktionen — Neurosen — Abnorme Persönlichkeiten. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart 1985.

15 Общая психосоматика

Цель обучения

Подробные знания о конкретных психодинамических процессах у пациентов как первое условие приближения к пониманию психосоматических больных.

Определение

Понятие «**психосоматика**» охватывает диагностические и терапевтические соображения, учебное содержание которых, так же как и научные исследования, принимает во внимание такие психолого-медицинские факторы, которые состояние соматического здоровья и соматической болезни рассматривают совместно и едва ли не в каждом случае усматривают тесные взаимосвязи с определенными *биологическими* вариантами. Это определение придерживается *типичных психосоматических корреляций* в узком смысле слова, которые патогенные психосоциальные моменты признают первичными и частично причинными относительно возникновения и дальнейшего течения психосоматических расстройств, одновременно принимая во внимание также и убедительные биологические аспекты. Типичными психосоматическими расстройствами являются, например, ожирение, нервная анорексия, нервная булимия, бронхиальная астма, язвенный колит и болезнь Крона, лабильная эссенциальная гипертония, также называемая «*психосоматозом*», а также сердечный невроз, раздражение желудка и кишечника как типичные примеры так называемых *функциональных расстройств* (т. е. соматических нарушений, при которых лежащие в их основе патофизиологические изменения не вытекают из анатомических структурных изменений).

В рамках наших рассуждений об определении мы говорим также о «*психосоматическом*», где дискуссионным является вопрос относительно значения психосоциальных факторов в качестве predispositions и предотвращения заболевания. Ввиду этого такое расширительное определение, как «психосоматический», означает не более чем «психосоматический пациент» и «психосоматическое заболевание», что требует систематизации и классификации или, скорее, в каждом конкретном случае установления соответствующей причинной взаимосвязи между психосоциальным моментом и биологическим процессом в здоровье и в болезни. С точки зрения этого широкого понимания оценивается психосоматика в каждом единичном случае болезни и, при возможности, в отношении *каждого* пациента.

Ограничивая рамки понятия «психосоматика» сомато-психическими корреляциями, в диагностических и терапевтических определениях следует также исходить из взгляда на каждое вторичное психическое изменение, которое приносится пациентом как реакция на восприятие своего заболевания. Типичным примером могут служить больные, нуждающиеся в интенсивной терапии при диализе, трансплантации почек, а также при онкологических заболеваниях.

Тенденции возникновения и течения психосоматических расстройств

Поскольку психосоматические расстройства носят *хронически-рецидивирующий* характер, и без того свойственный психосоматозам, они исходят из *невротического* развития (см. с. 97). Отсюда следует необходимость отграничения от истерии с конверсионными симптомами (см. с. 101). Дальнейшее более точное описание *возникновения и течения* психосоматических расстройств дается ниже.

Прегенитальные расстройства, связанные с созреванием

Прегенитальные расстройства, связанные с созреванием, являются часто встречающимся вариантом невротического болезненного развития; их возникновение и дальнейшее течение приводит к психосоматическому синдрому. Эти расстройства периода созревания встречаются, прежде всего, на *оральной* ступени развития (см. с. 94), а также на стадии развития, связанной с различием, и могут проявляться с различной степенью интенсивности: неосознанное укрепление оральной фиксации (*сильно выраженное* прегенитальное расстройство созревания), прегенитальная структура с конкретными оральными фиксациями, близкими к инфантильно-генитальной ступени развития (*средней степени* выраженности прегенитальные расстройства, связанные с созреванием), истерия (см. с. 101) с оральной фиксацией (*легкая степень* прегенитальных расстройств созревания). Эти расстройства проявляются более или менее выраженной фиксацией на оральных потребностях. Они определяются, прежде всего, нарушенным, негибким способом реализации необходимых потребностей, некоторые из которых настолько сильно выражены, что преодолеваются с трудом. Позже, когда способы преодоления устанавливаются, у взрослых определяются два различных типа поведения — *псевдонезависимость* и *манифестирующая зависимость*.

Псевдонезависимость и манифестирующая зависимость

Для *псевдонезависимых* желание заботы и зависимости лишь частично осознано, так как оно, вследствие закономерностей защитного реагирования (см. с. 92), будучи полностью осознанным, переживалось бы как позор. Пациент демонстрирует кажу-

шееся независимым и самостоятельным поведение. Защитный характер этой независимости отчетливо проявляется в ригидности поведения; мы говорим также о сверхкомпенсаторной независимости, когда, например, потребность в разрядке проявляется лишь тогда, когда имеющиеся соматические затруднения удостоверяются официальным врачебным заключением с рекомендацией, например, необходимости постельного режима. Социальные контакты в таких случаях организуются таким образом, чтобы был возможен оптимальный компромисс между псевдонезависимыми стремлениями и удовлетворением зависимых от подсознания желаний, например обезличенная, несколько рискованная профессиональная позиция «преувеличенной ответственности». Для удовлетворения этих малоосознанных желаний зависимости не для защиты, но для целевой поддержки позитивного поведенческого климата пациенты в своих межлических связях должны проявлять раздражительность, злобность, враждебность. Пациенты часто переживают профессиональные успехи или продвижение в частной жизни (женитьба, рождение ребенка и т. д.) как угрожающие, потому что они в каждой ситуации в своих осознанных переживаниях должны бороться со своими личностными установками, которые привносятся зависимостью от подсознательных желаний. В связи с этим пациенты испытывают от своих «успехов» подсознательный страх, и у них вероятно образование соматических симптомов болезни.

При манифестирующем зависимом поведении желание быть окруженным заботой экстернизируется и становится осознанным. Эти пациенты, как правило, в своем поведении сверхприспособляемы, иногда даже раболопны, они могут быть очень требовательны даже в пассивной форме (например, в форме рентных установок). Ориентировка в социальных контактах у них успешна тогда, когда они существенно реализуют свои желания.

Кроме того, мы наблюдаем пациентов, отказывающихся от проявления каких-либо зависимых желаний. Однако эти пациенты выказывают такие стойкие и настойчивые стремления, связанные с их гиперактивностью, что из этого вытекают предположения о выраженной *гиперкомпенсации в целях защиты от интенсивной зависимости* от вытесненных желаний (например, у пациентов с эссенциальной гипертонией или с сердечным инфарктом, см. с. 131).

Психогенез

Психоанализ прегенитальных нарушений созревания понимает их как несостоятельность, вытекающую из развития раннего детского периода перехода от дуперсональной взаимосвязи «мать—дитя» в направлении к трехперсональной взаимосвязи «мать—отец—ребенок». Двусторонний уровень контактов является важной первоступенью к последующему обучению многосторонним межличностным контактам. Такое нарушение развития основано на типичных расстройствах ранних взаимоотношений между матерью и ребенком и матерью, отцом и ребенком. Изучение нарушений каждого из шагов развития ребенка, которое обычно приводит к относительно стабильной и стойкой уверенности в себе, свидетельствует о том, что ребенок, который в самом начале жизни получает необходимое подтверждение и поддержку своей самостоятельности, научается и в дальнейшем получать необходимое подтверждение и поддержку у своего окружения, и его поведение в перспективе становится независимым. От этого развивается внутренняя духовная уверенность и самоуважение (нарциссизм). Ребенок, который находит в самом себе подтверждение (нарциссическая поддержка), и при внешних влияниях остается достаточно устойчивым. Поскольку

дальнейшее развитие ребенка протекает спокойно, ребенок находит внутри себя ту поддержку и защиту, которая является заменой защищающей его личности без ее непосредственного наличия. Этот сложный процесс постепенного переключения от внешней зависимости к внутреннему уровню поддержки самостоятельности и самоуважения в высокой степени подкрепляется стабильными отношениями с родителями, и прежде всего с матерью. Биографии психосоматических больных с прегенитальными нарушениями созревания и связанными с этим конфликтами зависимости/независимости показывают, что пациенты, как правило, имели родителей, постоянно препятствующих развитию их самостоятельности, в связи с чем баланс взаимосвязи между удерживанием ребенка и предоставлением ему свободы нарушается. Наблюдения показывают, что такие дети при отторжении их от родителей испытывают депрессивные расстройства и страх, связанные с нарушением их нарциссизма, и, в противоположность этому, нуждаются в критически-противостоящем поведении и независимости. Родители, лишаящие ребенка в соответствующей ситуации поддержки или проявляющие по отношению к нему агрессивность, вызывают у ребенка вытеснение и отрицание этой ситуации («не могу больше понять, что я чувствую»). Напротив, близость родителей вызывает у детей выступающую на передний план уверенность в себе, что уменьшает депрессию и страх, связанные с поражением их нарциссичности, что таким образом приспособливает их к лишению родительского попечения. Положение, при котором дети преодолевают ожесточенность родителей, называют «эмоциональным послушанием», а соответствующее поведение их родителей — «компенсаторной гиперопекой». Таким образом, ребенок сильнее защищен и одновременно непрямым образом обескуражен, так как поддержка родителей является принужденной (неестественной); вместе с тем, предупреждается подсознательная потребность в родительской близости, поддержке и симбиозе с родителями. Протест против такого рода противоположной зависимости и «эмоциональной эксплуатации» должен с обеих сторон интенсивно подавляться. До сих пор тщательно исследовалась в такого рода «чувствах» и «тесной взаимозависимости» роль матери, в последнее время, особенно в связи с изучением семейных взаимоотношений, выявляется роль отца, приобретающая значение как эмоциональная при возникновении неуверенности с возложением ответственности на мать, которая, в свою очередь, требует этого от ребенка.

Психодинамические конфигурации

Прегенитальные расстройства созревания конкретно выражены в двух базисных *конфликтах*, которые у психосоматических пациентов, согласно взвешенным количественным оценкам, носят комбинированный характер.

Конфликт зависимости/независимости. Он проявляется в сильном развитии инфантильных желаний зависимости, которые интерферируют с интенсивными желаниями независимости и тем самым вызывают у взрослых пациентов трудности при разрешении реальных ситуаций.

Конфликт близости/дистанцирования. Он проявляется в выраженном конфликте амбивалентности, который отражается в желаниях, с сочетанием инфантильной зависимости и противоположным желанием межличностного дистанцирования. В соответствии с этим возникают повышенные требования эмоциональных перемен, которые едва ли полностью реализуются, так как одновременно возникает страх, идущий от противоположного желания дистанцирования. Таким образом, пациент с выражен-

ными наклонностями в отношении каждого объекта, который его привлекает и одновременно отталкивает, должен устанавливать соответствующий *межчеловеческий баланс*, который позволяет переносить как реальную близость, так и реальную дистанцию.

Вокруг этих основных базисных конфликтов мы определяем следующие четыре психодинамических фактора, которые одновременно определяют и психосоматические расстройства.

Эмоциональная недостаточность, ограничивающая интроспекцию и саморефлексию.

Эмоциональная недостаточность вытекает из затруднений, которые возникают в связи с тем, что психосоматические пациенты охраняют свои истинные желания, чувства и конфликты и в своих взаимоотношениях с окружающими соответственно объясняют их весьма вероятными актуальными трудностями.

Психосоматические пациенты с прегенитальными нарушениями развития очень рано обучаются тому, что они «сами себя *недостаточно* воспринимают», поэтому им тяжело рефлексировать и понимать самих себя. Мы говорим об этом как о частичном душевном изъяне, иногда приводящем к предположению об эмоциональной пустоте. Этот изъян усиливается страхом пациента перед высвобождением тайных и защищенных трагедий, например, с инфантильной регрессией орально-нарциссических желаний, медицински ориентированным самообеспечением, отрицанием, подавленной агрессией, перенесением реакций на другой объект, реактивными состояниями, проекций (см. с. 92).

Эта недостаточность тесно связана с душевно-энергетическим базис-дефектом, вследствие которого уменьшается психическая энергия, необходимая для распределения эмоциональных связей с объектами. В связи с этим пациенты выказывают слабую выраженность либидинозной готовности (либидинозных связей) в их зрелой духовности, что проявляется в сокращении эмоциональных контактов с окружающими.

Нарциссическая дисрегуляция. Эмоциональная сдержанность (недостаточность) совместно с ограничением интроспекции и рефлексии тесно связана с *нарциссическими нарушениями* (см. с. 95, 113), а также с нарушением самооенок, которые близки к чувству пониженной самооценки и внутренней неуверенности, что объединяется общим понятием «*нарциссические обиды*». Нарциссически обиженные могут быть представлены как лишенные эмоциональной силы. Нарциссическая обиженность является источником психосоматических расстройств благодаря инфантильным желаниям зависимости и связанной с ними эмоциональной хрупкостью. Таких пациентов предпочтительно называть *лишенными объекта*. «Объектами» являются фактические или угрожающие события или только представления об утрате объекта (ключевой фигуры), который неизбежно и необходимо удовлетворяет их потребности. Сюда относят прежде всего утрату важной фигуры или ситуации (к примеру, сферы деятельности, идеологии), что может нарушить даже соматические функции (например, органические болезни, проявляющиеся в менопаузе, травматически искаженные последствия несчастных случаев), и оперативное удаление органов (например, ампутация грудной железы, удаление части кишечника). Утрата объекта является дополнительным и продолжительным фактором психической переработки, отягощающим нормальную реакцию (печали, разочарования).

Агрессивное торможение. Лишение объекта, связанное с нарушением самооценки (нарциссическая обида), приводит к *фрустрационной агрессии*, а следовательно, злобе, раздражению и ненависти, масштабы которых достигают враждебности по

отношению к утраченному объекту. Эта фрустрационная агрессия перерабатывается пациентом в агрессивное торможение-приспособление, связанное со страхом дальнейшего лишения объекта, и не реализуется, а сознательно переживается как нечто внешнее, связанное с воздействием извне. Пациент может агрессивную тональность относить к адекватной ситуационной реакции раздражения или предъявлять обусловленные жалобами требования, *ориентированные на медицинскую помощь*, что окружающими при определенных обстоятельствах расценивается как ипохондрия.

Психосоматические пациенты вследствие переживаний, связанных с утратой, стремятся найти замену утраченному объекту. В случае если это не удается, пациент в качестве замены выбирает собственную персону или собственный орган (обладание аутонарциссическим либидинозным объектом). Отсюда исходит, прежде всего, ипохондрическое самообеспечение (ипохондрическая внутренняя работа), способствующая ограничению и вытеснению страха. Это вытекает также из склонности пациентов овеществлять свои интересы в соматической сфере или в каком-либо отдельном органе. В этом случае мы находим внутреннее переплетение, с одной стороны, реально обусловленных страхов, сопровождающих соматические расстройства, а с другой стороны, путливо-недоверчивого внимания к собственному телу. Через этот механизм пациент приобретает новую связь с эрзац-объектом, имеющим отношение к собственному телу, в котором он находит возможным сосредоточить страх, печаль и нарциссическую обиду и без которого эмоциональные столкновения со своей собственной личностью и ее реальными связями и проблематикой прекращаются. Более того, это гарантирует ему роль больного для обеспечения безопасности относительно ближайшего окружения и возможных перемен.

В единичных случаях при контактах с психосоматическими пациентами мы наблюдаем не только торможение их агрессивности, но также и невозможность переносить какие-либо критические замечания от окружающих. В *страдательно-требовательном поведении* выражается стремление в докучливо-призывной форме настоятельно требовать внимания к своей беспомощности и, особенно, эмоционального сочувствия. Такое поведение, несомненно несущее косвенно агрессивные тенденции, исходит, с одной стороны, из разнообразных неприятностей во взаимоотношениях с субъективно значимыми окружающими людьми (ключевые фигуры, включая также врачей и лиц, осуществляющих уход), а с другой стороны, из медицински ориентированного самообеспечения.

Депрессии. У психосоматических пациентов тянется цепь от фрустрационной агрессии, связанной с непреодоленными переживаниями утраты объекта, до ясно выраженного перехода к *депрессии*, которая может выражаться как депрессивный страх (страх отторжения), проявляющийся как во внутренней неустойчивости и чувстве отгороженности, так и в *депрессивном чувстве беспомощности* (так называемая астеническая обескураженность, астенический упадок духа) или *безнадежности* (так называемая апатически-угрюмая покорность).

Основные психодинамические предпосылки психосоматических расстройств

Попытки сделать набросок психодинамических конфигураций вытекают из следующих *основных предпосылок* относительно возникновения и дальнейшего развития психодинамических расстройств: они исходят из *прегенитальных расстройств созревания*, а также из взаимосвязи зависимость/независимость и/или близость/дистанцирова-

ние, стоящих в начале заболевания *утраты объекта* с нарциссической обиженностью (*нарциссический конфликт*) и защитной агрессией (*агрессивный конфликт*), а также *депрессии*. Вследствие дефицита возможности психической переработки (ограниченная способность к интроспекции) пациенты представляют лишение объекта как центральную угрозу, которая приводит к первичному или рецидивному симптомообразованию. Заболевание понимается также как первичная или вторичная поломка психических регулирующих механизмов или как защита от полной психической декомпенсации.

Особенности психофизических механизмов, в частности в вопросах «выбора» того или иного органа, неясны. **Соматические предрасполагающие факторы** могут иметь решающее значение в тех случаях, когда психосоматическое заболевание действительно связано с поражением соответствующего предрасположению органа.

Соматические предрасполагающие факторы мы связываем с понятием «генотипически-соматическое преформирование». Характерным примером является феномен гиперсекреции желудочного сока. Это связано с наследственной готовностью к реакции, которая через психический момент приводит к патогенному стимулированию, приводящему к манифестированию язвы двенадцатиперстной кишки. Без этой генетической готовности к реакции, так же как и при наличии только психических основных предпосылок, имеется высокая вероятность того, что психосоматическая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки не проявится. Это утверждение становится понятным, когда мы обдумываем то положение, что психосоматические конфигурации никоим образом не специфичны и особенно часто возникают у лиц, до того никогда не страдавших психосоматическими расстройствами. Поэтому *генотипически-соматическое преформирование* играет роль лишь одного из условий для возникновения и развития психосоматических расстройств. Другими соответствующими примерами являются аутоиммунный механизм при язвенном колите и болезни Крона; гипоталамические нарушения и/или увеличение количества жировых клеток при ожирении; аллергически-гиперэргическая сенсibilизация и гиперреактивность бронхиальной системы при бронхиальной астме, патолого-анатомические и патобиохимические нарушения в коронарной стенке при инфаркте миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

- Liedtke R.: Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Springer, Berlin 1987.
v. Rad M.: Alexithymie. Springer, Berlin 1983.
v. Uexküll Th. et al.: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München 1986.
Weiner H.: Psychobiology and Human Disease. Elsevier, New York 1977.

16 Частная психосоматика

Цель обучения

Осмысление подхода к пациентам, страдающим психосоматическими расстройствами; применение ключевых выражений: «психодинамика», «взаимосвязанное поведение» (взаимоотношения в группе) и «психотерапия».

Расстройства желудочно-кишечного тракта

Язва двенадцатиперстной кишки

Психодинамика. Значительное число больных относится в плане прегенитальных расстройств развития к псевдонезависимым пациентам (см. с. 124). С другой стороны, мы встречаем это заболевание у манифестно зависимых пациентов в смысле сильно выраженного участия прегенитальных структур. Наряду с преобладанием конфликта зависимости/независимости (см. с. 120) имеются также и пациенты с различной степенью выраженности конфликта близости/дистанцирования (см. с. 120). Для проявления картины язвенной болезни двенадцатиперстной кишки решающее значение имеет подавление сознательных или подсознательных зависимых желаний. Пациенты вынуждены подавлять агрессивно звучащие реакции разочарования во избежание развития страха дальнейшего лишения объекта. Эти защитные фрустрационно-агрессивные желания, в свою очередь, приводят к стимулированию секреции желудочного сока и переносу состояния равновесия между агрессивными и защитными факторами в область желудочно-дуоденальной слизистой оболочки.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Так как большинство псевдонезависимых пациентов при психотерапии осознают свои зависимые желания и в то же время опасаются своей нарциссической зависимости и агрессии, с ней связанной, то они переводят эти желания и агрессию на психосоматические рельсы. Манифест-зависимые пациенты при проведении соответствующих психотерапевтических мероприятий стремятся исключить подтверждения со стороны выраженных желаний зависимости, не будучи заинтересованы в их психотерапевтической переработке.

Психотерапия. При взаимоотношениях в группе для успеха психотерапевтических мероприятий целесообразно псевдонезависимых и манифест-зависимых пациентов разделить на три небольшие группы. Первую группу составляют пациенты, пригодные для психоаналитической терапии. Психотерапевтический успех во второй группе достигается при стационарной или амбулаторной психотерапии, как психоаналитически ориентированной, так и подходящей для данного случая психотерапевтической врачебной беседе с каждым пациентом (см. с. 144). Третью группу составляют пациенты, соответствующие первой и второй ступени (см. с. 142, 143), согласные на связь «врач—пациент», укрепляющую их способность к мобилизации и, в конечном счете, обеспечивающую их способность к дифференцированному восприятию собственных чувств. Для пациентов, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, адекватная психотерапия имеет такую же эффективность, как и медикаментозная терапия, а именно тормозит агрессивные влияния на слизистую и поддерживает защищающие слизистую оболочку факторы.

Язвенный колит

Психодинамика. Базисную часть составляют сильно выраженные прегенитальные нарушения созревания у пациентов с манифестной зависимостью и, частично, у псевдонезависимых пациентов. Выход из сильно выраженного конфликта зависимости/независимости выявляет лишение объекта вместе с утратой защитной существенной ключевой фигуры, что заканчивается состоянием беспомощности и безнадежности, предшествующим приступу колита.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Исходя из возникновения приступа (толчка, сдвига) в развитии колита, мы встречаем у пациентов особенно характерную психопатологию: интенсивно звучащие депрессивные желания зависимости вследствие состояния эмоционального бессилия с постоянным поиском ключевой фигуры в связи с отказом от прежних привязанностей. В больнице пациенты очень чувствительны к разного рода «отказам», исходящим от тех лиц, которых они считают ключевыми фигурами, а именно от врачей и ухаживающего персонала.

Психотерапия. Исходя из характерного конфликта зависимости/независимости, вначале показана, прежде всего, поддерживающая психотерапия, на которую пациенты, как правило, соглашаются, и, в случае удачи, присоединение ко второй или третьей лечебной ступени (группе) (см. с. 144). Наконец, для псевдонезависимых пациентов рекомендуется длительное психотерапевтическое сопровождение. Можно убедиться на практике, что комбинация терапевтического лечения и психотерапии приводит к укорочению приступов язвенного колита, продлению ремиссий между приступами и, наконец, к смягчению болезни и успехам в социальном приспособлении пациентов.

Болезнь Крона

Психодинамика. Подобно тому, как это бывает при язвенном колите, мы встречаем среди этих больных псевдонезависимых, а также манифестно-зависимых пациентов, однако, в отличие от пациентов с язвенным колитом, преобладает конфликт близости/дистанцирования (по сравнению с конфликтом зависимости/независимости), а также эмоциональная сдержанность. Только треть пациентов, страдающих болезнью Крона, обнаруживает такие же психопатологические расстройства и такую же психодинамику, какая встречается при язвенном колите.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Вследствие доминирования конфликта близости/дистанцирования большая часть пациентов испытывают интенсивную потребность в зависимости, которая проявляется в стремлении установить взаимоотношения при прямых контактах, даже с группой врачи—медсестры—обслуживающий персонал, эпизодически избегающей подчеркнуть зависимость поведения пациентов. На более поздних этапах мы нередко встречаем вследствие сильно выраженного сдерживания чувств эмоциональную пустоту, до появления которой можно констатировать некоторую нерезко выраженную монотонность.

Психотерапия. В противоположность больным язвенным колитом пациенты, страдающие болезнью Крона, менее склонны к психотерапии. Этот вид терапии больше показан тем пациентам, чья психическая структура близка к психическим особенностям больных с язвенным колитом.

Функциональные абдоминальные нарушения

Наиболее часто встречающейся картиной нарушений в верхней части живота является функциональное расстройство *«раздражение желудка»*. Следующие пять симптомов встречаются при этом расстройстве единично или в комбинации: отрыжка, чувство переполнения желудка, легко возникающее неприятное ощущение в области желудка, при давлении доходящее до судорожного болевого ощущения, тошнота, доходящая до позывов к рвоте и рвоты, а также голодные боли с улучшением после приема пищи. В нижней части живота чаще всего диагностируются функциональные расстройства в виде *«раздражения толстого кишечника»*. В качестве симптомов описываются боли в

кишечнике, а также нарушения стула (запор и/или понос), иногда с отделением слизи из прямой кишки. Едва ли не половина пациентов, жалующихся на желудочно-кишечные нарушения, страдают функциональными расстройствами.

Психодинамика. Пациенты с функциональными абдоминальными расстройствами страдают интенсивной степенью прегенитальных расстройств созревания, а также конфликтами зависимости/независимости или близости/дистанцирования.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Оно зависит от соответствующей психодинамической конфигурации. Интроспективные возможности и способность к саморефлексии у пациентов с раздражением желудка более понятны, нежели у больных с раздражением толстого кишечника.

Психотерапия. В отношении пациентов с раздражением желудка не существует еще какого-либо психотерапевтического опыта. При согласии на психотерапию пациентов с раздражением кишечника психоаналитически ориентированная терапия с фокальной направленностью может привести к отчетливому соматическому и психическому улучшению. Получены результаты об эффективности терапии, проводящейся по принципу поддержания биологической обратной связи путем расслабления и систематической десенсибилизации.

Психогенные нарушения питания

Ожирение

Ожирение возникает вместе с нарушением энергетического баланса и сопровождается увеличением аппетита и стремлением к повышению калорийности пищи. Это расстройство основано, вероятно, на раздражении механизма голод/насыщение, который через центральное гипоталамическое управление чувством голода и насыщения может быть обусловлен *психовегетативным* образом. В результате *патологическое обжорство* является выражением повышенного чувства голода и/или уменьшением чувства насыщения или наступающим позже постоянным комбинированием нарушений чувства голода и насыщения. Возникла теория, основанная на исследованиях животных, о том, что число жировых клеток может быть обусловлено не только генетическими факторами, но и, вероятно, количеством принимаемой пищи в первые годы жизни. Вследствие этого перекармливание грудного ребенка может привести к увеличению числа жировых клеток, которое в последующем остается стабильным. Это увеличение числа жировых клеток, в свою очередь, является диспозицией для увеличения жадности в потреблении жирной пищи.

Перекармливание в грудном возрасте может быть связано с различными причинами. С одной стороны, это могут быть общественные традиции и, в особенности, семейные привычки приема пищи, с другой — нарушение взаимосвязи мать—дítě. Поскольку именно мать не адекватно ситуации оценивает потребности ребенка в пище (вследствие невротического эмоционального торможения, безрадостной семейной ситуации, перегруженности стрессовыми факторами), она в качестве компенсации перекармливает ребенка, считая, что это доставит ему удовольствие и успокоение.

Психодинамика. Питание у большого числа лиц, страдающих ожирением и сильно выраженными или средневывраженными прегенитальными расстройствами созревания, служит защитой от чувства утраты (особенно при нарциссических болезненных состояниях, депрессии). При этом невозможность преодоления утраты объекта

заменяется поиском эрзац-объекта, обязанности которого исполняет пища, которая в одинаковой степени успокаивает и удовлетворяет пациента. Пациент чувствует себя, по крайней мере временно, душевно уравновешенным, иногда даже эйфоричным.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). У страдающих ожирением пациентов, стремящихся преодолеть чувство утраты объекта при помощи увеличения калорийности пищи, в период лечения усиливается чувство утраты («диетическая депрессия»). Так как больные ожирением в отношении своего душевного состояния зависят от «наркотика еды», большинство из них подсознательно или наполовину сознательно в своих взаимоотношениях с врачом интенсивно стремятся уйти от темы еды и предлагают говорить о других причинах болезни (например, о болезнях желез внутренней секреции), лежащих вне пределов личной ответственности пациента. В соответствии с этим, пациенты часто отрицают как факт своего повышенного аппетита, так и объективную тяжесть своего ожирения и диспластичности и нередко убеждают себя и окружающих в необходимости «немного поесть».

Психотерапия. Как показывает опыт, больные с ожирением применяют диетическое питание, реализуя его по собственному усмотрению. Благоприятные терапевтические возможности мы усматриваем в группах самопомощи под девизом «следи за весом» и в поведенческой терапии с множеством вариантов. При поведенческой терапии пациент при приеме пищи учитывает постоянный и явный контроль со стороны (например, от человека, занимающего определенное место за столом или при просмотре телевизионных передач). Это преследует цель с помощью интенсивных тренировок достичь сдерживания потребности в приеме пищи.

Нервная анорексия

Пятью *ведущими соматическими симптомами* нервной анорексии являются: сильный страх увеличения веса тела; значительная, вплоть до экстремальной, нехватка веса тела (и как следствие — ограничение приема пищи и рвота); отчетливое нарушение восприятия схемы тела в плане ощущения собственной полноты; недостаточное понимание патологии приема пищи, а также аменорея. Нервная анорексия возникает преимущественно у юных девушек в пубертате или в постпубертатном периоде.

Психодинамика. Нервная анорексия встречается чаще всего у псевдонезависимых пациентов со средней выраженностью прегенитальных расстройств созревания с манифестирующей сменой проблематики, которая проявляется в остром конфликте между чувством собственной независимости и самостоятельности (взрослости), с одной стороны, и приспособлением к желаниям родителей — с другой. Конфликт разыгрывается между понятиями «вес» и «худоба». Этот конфликт приносит, с одной стороны, чрезмерный самоконтроль, а с другой — драматическую потребность в помощи с «невротическим компромиссом» кажущегося согласия. Типичные женские психофизические формы и все сексуальные тенденции могут быть таким образом защищены. В большинстве случаев аноректическое развитие происходит на фоне псевдогармоничной (а на самом деле — напряженной) семейной атмосферы, основанной на подавленном доминировании матери, чувствующей себя «жертвой самоотречения», и слабости отца, в связи с чем проблематика дочери скрывается за проблематикой родителей.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Для пациентов с нервной анорексией характерно ошибочное понимание болезни, что проявляется в отрицании очевидного исхудания и отказе от необходимых врачебных назначений. Самопроизвольная рвота часто упрямо отрицается, при этом усматриваются колебания между умышленной ложью и болезненным отрицанием очевидного. Позднее у пациентов возникает выраженное нарушение контактов, которое проявляется в упрямо оппозиционном поведении. Таким образом демонстрируется невротический компромисс, который представляет собой, с одной стороны, демонстрацию самоутверждения и самоустойчивости, а с другой — детски-упрямого непонимания (а также зависимости). Это болезненное поведение в клинике может существенно осложнять ситуацию. Больные нередко провоцируют реакции протеста среди пациентов, не объединенных вокруг группы врач—сестра—ухаживающий персонал, и, за исключением ситуаций с критическим, угрожающим жизни падением веса, тайно выбрасывают пищу и/или вызывают у себя рвоту, настойчиво отрицая это.

Психотерапия. Необходимо принципиально каждый случай лечения нервной анорексии начинать с питания через зонд. В стадии резкого уменьшения веса мы можем при соответствующем питании через зонд достичь гораздо более быстрого увеличения веса, чем при одной только психотерапии. Форсированное усиление питания может подействовать на пациентов травмирующим образом, в связи с чем дальнейшее общение по поводу питания может причинять ему страдание. Резкое усиление питания может также вызвать порочный круг реакции рвоты, что приводит к исхуданию и уменьшению чувства ответственности, способствуя «сохранению лица»: «я не отказываюсь только для того, чтобы смягчить насилие над собой». Кормление через зонд приводит к улучшению у трети пациентов, у второй трети соматическая стабилизация наступает при стационарной психотерапии, амбулаторной психоаналитически ориентированной групповой терапии или индивидуальном психоанализе (его применение дискуссионно). Аналогично хорошие результаты (1/3 — отчетливое улучшение, 1/3 — улучшение и стабилизация веса) достигаются при поведенческой терапии (см. с. 119). В последнее время рекомендуется, прежде всего, *семейная терапия* (см. с. 157), которая приводит к впечатляющим лечебным результатам.

Нервная булимия

При абсолютно нормальном весе юные женщины, страдающие нервной булимией, характеризуются *болезненным влечением к пище*, что проявляется четырьмя ведущими симптомами:

- частыми приступами голода с последующим неконтролируемым поглощением большого количества пищи;
- пониманием патологического характера своего отношения к пище;
- постоянным поддержанием нормального веса (диета, рвота, слабительное);
- аменорее (около 5 %).

Дифференциально-диагностическое отграничение нервной булимии от нервной анорексии состоит в том, что у булимических пациентов значительно более выражено подавление страдания, отсутствует снижение веса и сильно выражена позитивная психотерапевтическая мотивация. Имеются, однако, плавные переходы между нервной булимией и нервной анорексией и соответствующие переходы между булимией и ожирением.

Медико-психологический опыт общения с пациентами, страдающими нервной булимией, учит, что среди них имеются как псевдонезависимые, так и манифестно-зависимые пациенты; манифестация симптомов встречается после лишения объекта как базиса, характерного для конфигурации психосоматических пациентов (см. с. 119). У пациентов с нервной булимией не наблюдается тенденции к отрицанию, свойственной больным с ожирением и нервной анорексией. Больные с нервной анорексией часто и в значительно большей степени испытывают страх, в связи с чем сообщают о своих нарушениях питания обслуживающим их лицам. Основываясь на единичном психотерапевтическом опыте, пациентам с нервной булимией рекомендуется психотерапия в смысле присоединения к третьей или четвертой ступени при стационарной психотерапии, но, прежде всего, *семейное психотерапевтическое* вмешательство.

Нарушения функции дыхания

Бронхиальная астма

Психодинамика. У большей части пациентов со средней выраженностью прегенитальных расстройств созревания существенную роль играет конфликт близости/дистанцирования (см. с. 120). В дальнейшем пациенты стараются путем эмоциональных связей с окружающими людьми, которые остаются доминирующими в их межличностных отношениях, достичь такого уровня взаимосвязей, который уменьшал бы чрезмерную близость или чрезмерное дистанцирование. Выражением этого пролонгированного противоречивого конфликта во взаимосвязях с окружающими и соответствующего защитного поведения является склонность к реакциям страха, повышенная чувствительность, недоверчивость, педантичное упрямство, с одной стороны, и уступчивость — с другой.

Когда лабильное равновесие между близостью и дистанцией не поддерживается, наступает астматический приступ. Эти приступообразные состояния символизируют основной конфликт пациента между двумя эмоциональными опасностями: «сплавления с объектом» и «лишения объекта». Соответственно, это является проявлением внутреннего протеста против угрожающего отделения от объекта и призывом к нему, а с другой стороны — возвратом к этому объекту с угрозой интенсивного приближения в направлении к соматическому уровню.

Психогенетический задний план этого психодинамического процесса — доминирующая фигура матери, которая в раннем детстве пациента устанавливала такие связи, которые проявляются в последующей амбивалентности (от привлекательности до отстранения).

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Во взаимоотношениях с врачом достаточно конкретно проявляется страх как перед большой близостью, так и перед дистанцированием. Тесно переплетаются и склонны к взаимным переходам сверхуступчивость, с одной стороны, и внутренняя раздраженность со скрыто-укоризненной неприязненностью (враждебностью) — с другой.

Психотерапия. Психотерапевт при общении с пациентами должен избегать как «близости», так и «отдаления». Он должен приложить максимум стараний, чтобы сохранить баланс между этими двумя полюсами отношений. Самый тяжелый пункт психотерапевтического вмешательства заключается в выборе *интервала* для его проведения — разумеется, не в период острой астматической картины; с другой сторо-

ны, такое психотерапевтическое общение может быть очень уместным и существенным при астматическом ухудшении, доходящем до степени астматического статуса. Специальные психотерапевтические назначения направлены, прежде всего, на степень мотивации. В соответствии с этим является дискуссионным применение даже в единичных случаях техники в рамках *четырёхступенчатой модели лечения* (см. с. 142). *Стационарная психотерапия* показана даже при нередких случаях астматического ухудшения, однако это сопровождается быстрой декомпенсацией баланса близости/дистанцирования. Применение *поведенческой терапии* путем расслабления и систематической десенсибилизации, так же как и оперантные упражнения (двигательные упражнения, дыхательная гимнастика), включая дыхательную обратную связь, часто уже на стадии их апробации представляются относительно успешными, так как нарушают взаимосвязь между пусковым механизмом астматического обострения и вторичной выгодой от болезни (агравации).

Синдром гипервентиляции

Гипервентиляционный синдром входит в общее понятие *невротического дыхательного синдрома*, охватывающего состояния от незначительного диспноэ до классической картины гипервентиляции, ведущими симптомами которой являются страх, парестезии, пустота в голове, потемнение в глазах, судороги в дистальных отделах конечностей и другие церебральные признаки повышения содержания углекислоты в крови. Пациент самостоятельно не осознает (сознательно не регулирует) частоту гипервентиляции.

Психодинамика. Гипервентиляция (поверхностная полипноэ со вздохами) является интенсивным выражением страха и пессимизма (покорности судьбе), когда стремление к цели не может быть реализовано. Характерной для функционального нарушения дыхания является невозможность глубокого вдоха, а также вздохи, которые нередко встречаются также и у пациентов с неврозом сердца. Больные с невротическим нарушением дыхания могут страдать также и сердечно-невротическими расстройствами.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Эти расстройства встречаются, прежде всего, у манифестно-зависимых пациентов. Пациенты обладают крайне лабильной самооценкой и чувствительны даже к намеку на критику.

Психотерапия. Психотерапевтические рекомендации в случаях рецидива гипервентиляционного синдрома воспринимаются относительно хорошо, так как они являются защитой от сильного страха, связанного с угрозой целостности «Я».

Нарушения сердечной функции

Невроз сердца

Понятие *«невроз сердца»* связано с жалобами на боли в области сердца, для которых исключены соматические причины. *Симптомами* сердечного невроза, особенно характерного для сорокалетнего возраста, являются пять ключевых понятий, определяемых как внутреннее беспокойство, сердечная боль со страхом сердечного заболевания, угнетенное настроение с чувством неуверенности и малоценности, страх перед инфарктом, а также диффузный страх, доходящий до степени страха смерти (уничтожения).

Психодинамика. В качестве базисного прегенитального расстройства созревания встречается лишение объекта, проявляющееся в страхе смерти (уничтожения) и,

особенно, в страхе отказа сердца (например, вследствие инфаркта). После того как пациент прямо выражает или (для защиты) скрывает сильные зависимые желания, возникает, соответственно, манифестная зависимость или псевдонезависимость.

Взаимосвязанное поведение (взаимоотношения в группе). Доминирует беспокойство о функционировании сердца вплоть до выраженного ипохондрического самообеспечения (система ипохондрической защиты) и чувства успокоения вблизи врача.

Психотерапия. Важно не только убедительно информировать пациента о том, что его опасения относительно инфаркта необоснованы, но и сообщить ему о том, что функциональные заболевания не имеют под собой основы какого-либо органического повреждения. Отсюда следует — в зависимости от интроспективных возможностей — все психотерапевтические усилия воплощать в четвертой модели лечения (см. с. 142, 144).

Эссенциальная гипертония

Психодинамика. Установлено, что психофизиологические показатели гемодинамики в норме, выраженные при эмоциональной нагрузке или при подготовке к физической работе, соответствуют гемодинамическим процессам у гипертоников в условиях абсолютного покоя. В соответствии с этим мы находим у гипертоников при внешнем покое вызванную внутренними факторами стрессовую ситуацию, которая обычно у нормотоников встречается при эмоциональной нагрузке или подготовке к физической работе. Исходя из этих имеющих различное происхождение гемодинамических процессов, очевидно повторное воздействие патогенных психических факторов, в особенности *агрессивных* инстинктивных желаний, имеющих значение как при длительно протекающей гипертонии, так и для пациентов с генотипически-соматической предрасположенностью.

Вероятно, гипертоникам свойственно не только сильное подавление агрессивности, но также и выраженная и неконтролируемая вследствие патологического процесса психофизическая реактивная лабильность в ситуациях, которые приводят к мобилизации чувства враждебности. Когда чувства злости и ярости не сопровождаются соответствующим поведением и должны быть подавлены, в зависимости от выраженности генотипически-соматической предрасположенности повышается кровяное давление. Агрессивное торможение (см. с. 121), созвучное ригидной приспособляемости, не только скрывает сильный конфликт близости/дистанцирования, но и связан с *интенсивной защитой зависимых желаний* (см. с. 119).

Взаимозависимое поведение (взаимоотношения в группе). Доминирует не только контр-агрессивное защитное поведение, в особенности поверхностная покорная приспособляемость, но и эпизодические тенденции к ситуационно неадекватным враждебным выпадам, следующим за интенсивным конфликтом близости/дистанцирования.

Психотерапия. Достаточное осознание конфликта при гипертонии встречается редко. В связи с этим скрывается упорное и прочное невротическое неправильное развитие, с которым вступает в противоборство психотерапия, направленная на сильную переработку конфликта. Рекомендации психоанализа как индивидуальной психотерапии должны быть единичными, ибо возврат к прошлому может вызвать повышение кровяного давления. Сложность лечения обычно заключается в необходимости комби-

нации антигипертонического и непрерывного психологического лечения, особенно попытки мягкой, поверхностной переработки конфликтной ситуации с учетом знания того, что психические нагрузки и конфликты легче вызывают повышение АД у гипертоников, нежели у нормотоников. Врач должен быть обеспокоен тем, чтобы подавленная агрессия пациента не высвободилась при авторитарно-дирижерском поведении медперсонала, и, вместе с тем, помнить об опасности для пациента прекращения терапии. В *поведенческой терапии* нужно иметь в виду понижающий кровяное давление эффект снятия психического напряжения (психического расслабления).

Коронарная болезнь и инфаркт миокарда

Понятие «*инфаркт-пациенты*» употребляется двояко: в плане *личностного риска*, т. е. для потенциальных больных инфарктом, у которых совместно действуют психические структуры и соматические факторы риска, способствующие возникновению инфаркта миокарда; в плане «*инфарктной личности*», т. е. состояния после перенесенного инфаркта миокарда.

Психодинамика. *Факторами риска* для манифестации инфаркта, способствующими через посредство *психических* моментов его возникновению, являются, прежде всего, злоупотребление никотином (курение), эссенциальная гипертония и ожирение. В дальнейшем мы можем наблюдать у пациентов характерное ошибочное поведение, которое определяется родовым понятием «тип А», суммирующим все дополнительные состояния, входящие в соответствующую психодинамическую конфигурацию (см. с. 120).

Лица, относящиеся к типу А, страдают от лабильной самооценки, страха зависимости и «нежелания возникать». Гиперкомпенсация выражается в повышенной потребности в социальном престиже, особенно в форме ригидного стремления к работе: упрямое стремление к законной цели, склонность к высокому рабочему темпу (нетерпение, необходимость уложиться в срок, соблюдение графика) — и его агрессивной реализации. Одновременно, по-видимому, как выражение неуверенности в себе, имеет место болезненная чувствительность ко всякого рода профессиональным и непрофессиональным запретам. Тип А интенсивно реагирует на утрату объекта. Такой образ поведения и переживаний, свойственный западному индустриальному обществу, не является единственной характеристической чертой поведения типа А. Ему свойственна также известная эмоциональная сдержанность, иногда воспринимаемая как эмоциональная пустота, и, прежде всего, недостаточное понимание потребностей окружающих людей при приоритете собственных проблем.

Психотерапия. Относительно поведения типа А имеются следующие психотерапевтические соображения: проверенных научных положений в отношении стратегии психотерапевтического вмешательства не существует; существует только лишь незначительное число ограниченных лечебных попыток, например, мероприятия, связанные с поведенческой терапией или психотерапевтической конфликтпереработкой. Мы рассматриваем в качестве значимого терапевтического метода для пациентов А-типа психотерапевтическую переработку эмоциональной сдержанности, в отношении которой пациенты, подавленные своим компенсаторным трудолюбием, должны быть осведомлены. Такое посредничество способствует большей гибкости в отношении собственного поведения, а также в контактах с окружающими.

Дальнейшие психотерапевтические возможности содержат также психологические терапевтические факторы, каждый из которых можно разделить на четыре этапа *реабилитационного процесса*, выделяемых после манифестации инфаркта миокарда:

1. *Стадия интенсивного лечения* в состоянии потенциальной или манифестной угрозы для жизни (см. с. 160).

2. Прием в *общее терапевтическое отделение*.

3. Пребывание в *реабилитационной клинике*.

4. Участие в *постинфарктной группе* по месту жительства.

В общетерапевтическом отделении проводится поверхностный врачебный отбор, при котором определяется *общая готовность* для дальнейшего *реабилитационного процесса*, особенно принимая во внимание состояние *выздоровления* с целенаправленным подключением к этим мероприятиям родственников инфарктника. В случае пребывания в реабилитационной клинике предпочтительно проведение методов *групповых бесед*. Это позволяет не только идентифицировать пациентов относительно друг друга, но также провести содержательное обсуждение факторов риска. В *постинфарктной группе*, которая на первых порах собирается один раз в неделю, желательно проводить с участием терапевта, с одной стороны, соматический контроль и терапию, связанную с общением и движениями, а с другой стороны, дополнительное психосоматическое лечение, связанное с психологическими факторами. Это основано часто на *поведенческих психотерапевтических методах* уменьшения факторов риска и модификации способа поведения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Basler H. D., H. Otte, Th. Schneller, D. Schwoon: Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart 1979.
- Bräutigam W., W. Christian: Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. Thieme, Stuttgart 1986.
- Hahn P.: Psychologie des 20. Jahrhunderts — Ergebnisse für die Medizin, Psychosomatik. Bd. IX. Kindler, Zürich 1979.
- Hoffmann S.O., G. Hochapfel.: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatischen Medizin. 3. Aufl. Schattauer, Stuttgart 1987.
- Richter H.E., D. Beckmann: Herzneurose. Thieme, Stuttgart 1973.
- Wise Th.: Consultation Liaison throughout the World. Adv. Psychosom. Med. Vol. 11. Karger, Basel 1983.

17 Показания и прогноз при психотерапии

Цель обучения

Знакомство с понятием психотерапии; применение базисных критериев для оценки показаний и прогноза; знания о классификации психотерапевтических методов и их дифференцированном применении.

Определение понятия

Психотерапия — сознательный и планируемый *взаимосвязанный процесс* влияния на нарушения поведения и болезненные состояния посредством *обучения*, основанного на *теории нормального и патологического поведения и коммуникативной технике* (Strotzka, 1978). Этот процесс направлен на возможность совместного достижения поставленной психотерапевтом и пациентом *цели* — уменьшения болезненных симптомов, структурной перестройки личности. Как правило, это требует основательных, эмоционально насыщенных *психотерапевтических взаимоотношений* (Strotzka, 1978).

Прогностические критерии

Не только невротические больные или пациенты с нарушенным поведением могут извлекать пользу из психотерапии. Решающее значение для оценки показаний психотерапевтического лечения имеют не только клиническая картина, но и *определенные личностные черты пациента* и, в определенной степени, также и психотерапевта. Большинство этих прогностически значимых признаков, свойственных психотерапии, *вообще не зависят* от применяемых методик, даже прекрасно выполненных. Единственным критерием является *выбор наиболее эффективной психотерапевтической*

кой методики, который осуществляется путем применения целенаправленного методспецифического тестирования.

Варианты прогностических критериев. Для практической оценки каждой формы психотерапии имеют значение следующие факторы: мотивация пациента, степень его понимания «психогенеза» конфликта, страдания, причиняемые заболеванием, масштаб *вторичных причин болезни*, длительность страдания, а также психическая и социальная гибкость пациентов, их толерантность по отношению к страху и депрессии, готовность к конфликтам и способность к эмоциональным переживаниям, размер зависимых желаний и страхов и, прежде всего, *способность к установлению связей (отношений)*.

Хронификация, чаще всего исходящая из упорной, начинающейся в пубертате начальной симптоматики, обычно в виде отклонений поведения (например, в форме токсикомании, диссоциативности, соматизации), высокая степень «выгоды» от болезни, связи болезни со стимулирующими симптомами психосоциальными факторами (в семье или со стороны партнера), склонности к мазохистскому удовлетворению и проявлению, трудности в исправлении ошибок в период терапии всегда прогностически неблагоприятны.

При психотерапии необходимо использовать психические резервы пациента, скрытые актуальной болезнью. Это предполагает оценку потенциала развития, исходящую из принципиального взгляда на прежние формы *разрешения пациентом конфликтных ситуаций*, особенно в так называемых периодах перехода от одной жизненной фазы к другой («рабочий тест» по Alexander).

Для всех психотерапевтических методов, *ориентированных на раскрытие и выяснение причин* приведшего к болезни конфликта, решающую роль играет способность пациента к интроспекции, его готовность к восприятию интрапсихических процессов, к критической самооценке и ее вербализации, истинная степень *интеллектуальной дифференцированности*.

Варианты прогностических критериев, зависящих от психотерапевтов. На успех психотерапии, в первую очередь, позитивно влияет *эмоциональное тепло, естественность и эмпатия психотерапевта*. Специальные исследования показывают, что эти *неспецифические варианты психотерапевтических личностных черт* имеют более существенное значение для положительного эффекта психотерапии, чем выбор определенных психотерапевтических методов. Успех психотерапии положительно коррелирует с *объемом клинического опыта*, который использует в своей работе психотерапевт. В начале психотерапевтической карьеры дилетантов и профессионалов-психотерапевтов именно эти качества оказывают влияние на количество заключенных *психотерапевтических соглашений (контрактов)*.

Классификация и дифференцированные показания для применения различных психотерапевтических методов

Каждый психотерапевтический процесс приводит к продолжительному изменению *познавательных процессов, эмоциональности и поведения* в проблематичных для личности областях. Существенное значение для выбора тех или иных психотерапевтических методов имеет достижение указанных целей. Ниже приводится *первичная классификация основных психотерапевтических методов*:

— психотерапевтические методы, направленные на *понимание и осмысливание* симптоматики (например, психоанализ);

— методы, направленные на *катарсис* и *новую эмоциональную переработку* (например, психодрама, групповые встречи для эмоциональной тренировки, гештальт-терапия, биоэнергетика);

— методы, направленные на изменение поведения, тренировочные методы (прежде всего, поведенческая терапия).

Эти различные принципиальные методические подходы направлены на выбор соответствующих психотерапевтических методик для определенного пациента. Когда, к примеру, психотерапевт отрицательно оценивает способность пациента к интроспекции, то происходит решительная переориентация от психоаналитически ориентированной терапии к классическим поведенческим методам психотерапии. Таким же образом происходит переориентация психотерапевтических методов у гиперэмоциональных пациентов (например, в групповых встречах), если такое психотерапевтическое воздействие может стимулировать патологию у данной личности.

Для определения **дифференцированных показателей применения психотерапии** особое значение имеют соображения о том, следует ли приложить усилия для *раскрытия* болезненной симптоматики либо для *защиты* и *«укрытия»* болезненных симптомов. Параллельно с этим устанавливаются особенности личностной структуры пациента, его эмоциональная оценка регрессии. Большинство психотерапевтических методов, направленных на раскрытие, прототипом которых является психоанализ, *требуют регрессии*, сопровождаются относительной реструктуризацией, сознательным изменением окружения, так же как гештальт-терапия, психодрама, биоэнергетика и вообще все методы, направленные на переживания группы, т. е. радикальная первичная психотерапия. В противоположность этому, психотерапевтические методы, применяемые при необходимости неизменности и стойкости окружения, используют сознательность пациента и направлены на *уменьшение регрессии* и укрепление реально ориентированных взаимоотношений (как, например, при поведенческой психотерапии). В таких случаях возможны лишь единичные варианты применения глубоко ориентированной терапии.

Пациенты, находящиеся в состоянии патологической регрессии и испытывающие угрозу «Я»-функционирования, как это бывает, например, при пограничных личностных расстройствах или психотических состояниях, неспособны к реструктуризации и требуют воздействия на них терапевтической среды.

Имеется важное различие между *индивидуальной психотерапией* (диалогическая среда, среда, связанная с взаимоотношениями пациента и врача) и *групповой психотерапией* (межперсональная среда). Для обеих форм в настоящее время имеются позитивные показания. Групповая психотерапия показана при некоторых недостатках индивидуальной терапии. Это становится ясным при анализе *социальных последствий* индивидуальной психотерапии или в тех случаях, когда с помощью групповой психотерапии можно уменьшить шанс нежелательной зависимости пациента в двусторонних психотерапевтических связях.

В подобных взаимосвязях важную роль играет *продолжительность терапии*. Психотерапевтический метод подсказывает как продолжительность, так и тематику психотерапевтических приемов. Так, существуют психотерапевтические методики, которые изначально связаны с ограниченным временем (например, «краткосрочная» психоаналитическая терапия — в то время как психоанализ может длиться годами). Длительная психотерапия с высокой частотой сеансов (1–2 раза в неделю) направлена на возможность неторопливого развертывания регрессивного терапевтического про-

цесса. Длительная психотерапия с низкой частотой сеансов, напротив, носит защитный характер: психотерапевт предоставляет пациенту возможность преодолеть свой «Я»-дефицит (возникающий, например, при психозе) с помощью нужных переживаний.

Особое место среди психотерапевтических способов лечения занимают *суггестивные методы* (например, *гипноз*) и *аутогенная тренировка*. Суггестивные методы направлены на распространенное выключение бодрствующего сознания. Они приводят к зависимости многих пациентов от лиц, вступающих с ними в гипнотический раппорт. Показаниями для их применения являются не только мотивы, связанные с преодолением и переработкой конфликтов, но и заболевания у относительно недифференцированных пациентов, которые в силу инфантильно-истерических личностных черт обладают повышенной внушаемостью, что приводит к успеху лечения. Для *аутогенной тренировки* существуют не столь узкие, как при суггестивной терапии, но, тем не менее, достаточно четко ограниченные показания, прежде всего при функциональных соматических расстройствах без мотивов для конфликтперерабатывающей психотерапии, а также при нарушениях работоспособности и расстройстве сна. Противопоказанием является склонность к ипохондрическому самонаблюдению, психозы и тяжелые характер-невроты (Bräutigam).

ЛИТЕРАТУРА

Strotzka H.: Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München 1978.

18 Психоаналитическая терапия

Цель обучения

Представления об аналитическом методе, знания о формах и областях применения психоаналитически ориентированных психотерапевтических способов лечения.

Важнейшими психоаналитическими методиками, вытекающими из психоанализа, являются «классический» психоаналитический *стандартизованный метод лечения*, *первичное психоаналитическое интервьюирование*, *глубиннопсихологически обоснованная психотерапия* (локальная терапия, динамическая психотерапия и др.) и различные формы *психоаналитической групповой терапии*.

Психоаналитически ориентированные психотерапевтические методы

«Классический» стандартизованный метод

Своеобразие открытого Фрейдом психоаналитического лечебного метода характеризуется *особенностями сеанса*, *терапевтическими взаимоотношениями* и *техникой вмешательства*. Лечение осуществляется на кушетке, в *лежачем положении*, в большинстве случаев несколько раз в неделю, в общей сложности обычно на протяжении нескольких лет. Пациента поощряют в высказывании *свободных ассоциаций* (неупорядоченных, по возможности, не связанных с воздействием извне, случайно приходящих мыслей, в особенности касающихся личности психоаналитика, возни-

кающих в голове пациента во время психоаналитического сеанса). Психоаналитик сидит сбоку от пациента или позади него и следит за цепью свободно возникающих мыслей пациента внимательно и непредвзято. В этом направленном на регрессию процессе открываются характерные терапевтические отношения, в которых **перенос** и **контрперенос** играют доминирующую роль. В период психоаналитического лечения пациент «переносит» на психоаналитика чувства и фантазии, первоначально возникшие в детстве и переживавшиеся им в тот период, предоставляя психотерапевту их анализ и трактовку. Соответствующий выбор взаимосвязей стимулирует у аналитика ответную эмоциональную реакцию, которая помогает ему (вначале подсознательно) *понять* причины, вызвавшие у пациента невроз, конфликтные отношения, и соответственно истолковать их. *Истолкование переноса и снятие сопротивления* являются основой техники психоаналитического терапевтического вмешательства. **Сопротивлением** называется мобилизованное во время психоаналитического курса лечения оборонительное поведение пациента, которое он пытается проявить вопреки осознанному стремлению к изменению, подсознательно стремясь сохранить невротический статус и перенося личностное отношение, связанное с отношениями, имевшими важное для него значение в детстве, на другие объекты. Снятие симптомов путем их сознательной переработки в психоаналитическом лечении мобилизует защитное поведение пациента, упрямо стремящегося подсознательно сохранить невротический статус, вопреки сознательному стремлению к его изменению. Как и в каждом случае защиты, перед снятием симптомов стоит задача уменьшения страха и поддержки психического гомеостаза. Личностно-специфическое оформление дает важное указание (в равной степени у здоровых и у больных) на приспособительную стратегию пациента. Прояснение и истолкование являются важным техническим инструментом, прежде всего, для *характерологического анализа*. Истолкование, т. е. *сознательная переработка* подсознательного содержания и его патогенного значения в настоящей жизни пациента, часто является *длительным и трудным процессом*. *Понимание*, связанное с истолкованием, имеет целью переработку для *изменения* позиции пациента. Для того чтобы новое понимание стало полезным, пациент должен последствия анализа вновь переживаемых вытесненных конфликтов своего детства перенести на *текущую жизнь*, найти для себя новые жизненные ориентиры, совмещая при этом протест и печаль по поводу утраченного с новыми надеждами и упованиями.

Психоаналитическое первичное интервью

Первичное психоаналитическое интервьюирование основано на психоаналитическом методе. Диагностически важная информация получается, преимущественно, не путем прямого опроса пациента. Интервьюирование в большинстве случаев так «открыто» структурировано, что пациент в этот период как бы случайно высказывает свои потребности. Таким образом возможно получение представления о заболевании и ситуации, особенно если пациент спонтанно высказывает взаимосвязанную информацию, в которой интервьюер находит важный психодинамический ключ для раскрытия клинической картины. В центре психоаналитического интервьюирования стоит **«сценическое понимание»**. Пациент обобщает в ситуации интервьюирования не только сознательное и вербализованное, но также подсознательное и невербализованное. Другими словами, он использует ситуацию интервьюирования для *инсценировки* своего подсознательного, а потому представленного *косвенным образом*, патогенного конфликта (так сказать, непрямая форма коммуникации). Аналитик исполь-

зует «сцену» с помощью собственной аффективной реакции для образования новой подсознательной связи между ним и пациентом (так называемый «*контрперенос*»).

Пример. Аналитик в период первичной беседы с пациенткой отмечает, что она в течении своих мыслей склонна уклоняться от расспросов, ленива, стремится к окончанию сеанса, перебирая при этом в руках «интересные вещи». С помощью этой сцены он устанавливает болезненный симптом, внешне едва представленный у пациентки, внутренне связанный с переживанием утраты авторитетной фигуры, что является ключевым пунктом лежащего в основе заболевания патогенного конфликта. В ситуации сценически воплощается подсознательно усиленное чувство запечатленного в раннем детстве конфликта, когда девочка противостояла матери, которая не была заинтересована в своем ребенке. Пациентка в своей инсценировке сообщает врачу, что ею никто не интересуется и она не хочет, чтобы с ней кто-то оставался. Она разочарована своим одиночеством и полагает, что на нее обращают внимание только тогда, когда она болеет, в связи с чем она «должна болеть». Таким образом, интервьюер составляет первую психодинамическую гипотезу заболевания, связывая ее с возможными психотерапевтическими подходами, которые должны быть сконцентрированы на пониженной самооценке пациентки.

Эмпатическая (основанная на вчувствовании) интерпретация «сцены», полученная на основании первичного интервьюирования, часто служит источником поразительного положительного терапевтического эффекта.

Глубиннопсихологически обоснованная психотерапия

Открытый Фрейдом стандартный психоаналитический метод является источником ряда модификаций, применяемых при соответствующих показаниях для психоаналитически ориентированной психотерапии. Модифицированные психоаналитические способы лечения объединяются понятием «глубиннопсихологически обоснованная психотерапия», которым руководствуются при оценке психотерапевтического направления лечения. От стандартной психоаналитической методики эти способы отличаются меньшей продолжительностью и иным способом проведения сеансов.

Глубиннопсихологически обоснованная психотерапия проводится в положении сидя, не так часто (максимально один сеанс в неделю, значительно чаще с более продолжительными интервалами, общая продолжительность сеансов лимитирована — от 20 до 40 часов). Она направлена не на структурную перестройку личности, а на переработку описанных пациентом относительно осознанных конфликтов с целью устранения через конфликт сохраняющихся симптомов болезни. Временная ограниченность и определенная целенаправленность сеансов определяют и технику психотерапевтической *вовлеченности*. Терапевтическая работа, в первую очередь, концентрируется на переработке актуальных конфликтов в реальной жизненной ситуации пациента так же, как и в терапевтических взаимоотношениях, и, в меньшей степени, на биографической реконструкции. В связи с тем, что более глубокая терапевтическая регрессия в период глубиннопсихологически обоснованной терапии предотвращается, значительно затрудняется и возникновение соответствующей зависимости от психотерапевта.

Специальными формами глубиннопсихологически обоснованной психотерапии являются *локальная терапия* и *динамическая психотерапия*. При *локальной терапии* уже в первоначальном интервьюировании пациента получается материал, касающийся конфликта, и формулируется психодинамическая гипотеза данного очага (*фокуса*). Терапия сконцентрирована на психотерапевтическом истолковании исключительно

данного «фокуса» для повторного его пересмотра и, соответственно, новой формулировки. В разработанной Дюрсенем (Dührssen) методике *динамической психотерапии*, которая с небольшой частотой продолжается многие годы, проводится работа по осознанию конфликта, локализация которого не столь строго ограничена, как при фокальной терапии, в связи с чем применяется соответствующая более гибкая техника психотерапевтического вмешательства.

Во всех глубиннопсихологически обоснованных психотерапевтических методах лечения *временное самоограничение* связано с постоянно наличествующим фокусом. Глубиннопсихологически обоснованная психотерапия (в противоположность многолетнему психоанализу) является терапевтическим методом, избранным пациентом, он лимитируется потребностями терапии и не вызывает, в отличие от классического психоанализа, стремления к избеганию. Показания для глубиннопсихологически обоснованной психотерапии, кроме того, позитивно обоснованы. Этот метод не является плохой заменой психоанализа (в соответствии с поговоркой «чем длинней, тем лучше»), но имеет *другие* условия и показания для применения.

Психоаналитически ориентированная групповая психотерапия

Одним из принципов данного психоаналитически ориентированного метода является **мультиперсональное его проведение** (группа, состоящая, как правило, из восьми участников). Множество есть специфическое новшество, характеризующее привлекательность группы в отличие от единичной связи между пациентом и терапевтом. Специфика эффективности групповой психотерапии состоит в особом значении фактора множественности связей (Heigl, 1972). Отсюда следует, что пациент в группе, находясь среди множества и лишившись части своего суверенитета, защищен лучше, чем при единичной психотерапии с ее непредсказуемыми последствиями (Heigl, 1972).

Показания и противопоказания при психоаналитически ориентированной групповой психотерапии, в противоположность единичной психотерапии, следуют из описанных выше факторов (в особенности при оценке угнетенности пациента и его терпимости по отношению к болезни). Из знания биографии пациента выносятся решения о его *позитивных склонностях* для проведения единичной или групповой психотерапии. Для некоторых состояний, связанных с боязнью контактов с детства, ранее изолированные пациенты в группе приобретают важное поле деятельности для обретения *социальных контактов*. Другие, привыкшие к многоперсональным контактам в многочисленной семье как члены длинного ряда сестер и братьев, не имеющие опыта единичных контактов, часто считают несправедливым для себя применение единичной терапии. В любом случае мы находим *положительные* показания для аналитической групповой психотерапии.

Терапевтическое *вмешательство* при психоаналитически ориентированной групповой психотерапии, в отличие от двусторонних сеансов, направлено на развертывание «здесь и сейчас» — *hic et nunc* — переживаний группы как *общности* ее членов. Это осуществляется в латентных регрессивных *групповых фантазиях*, коллективных желаниях и феноменах осмысливания, в *групповых нормах* и, прежде всего, в возникающем внутри группы соответствующем актуальном *взаимосвязанном поведении*. На этом уровне взаимодействия становятся особенно понятными психосоциальные защитные констелляции. Соответствующее вмешательство позволяет в *группе* или в качестве *единичного члена группы* определить специфически индивидуальную манеру поведения и образа жизни и прояснить, какую позицию занимает пациент в обществе. Соответственно, проводится различие между «терапией группой» и «терапией в группе».

Показания и противопоказания психоаналитически ориентированных методов психотерапии

Психоаналитически ориентированные психотерапевтические методы преследуют цель **раскрытия конфликта** в соответствии с известной поговоркой Фрейда «где есть Оно, там должен быть Я». Это необходимо, прежде всего, в тех случаях, когда бессознательный конфликт имеет существенное значение в происхождении или сохранении заболевания. Соответственно, при всех методиках, связанных с раскрытием конфликта, требуется **структуральное тестирование** для суждения о «Я» пациента, с тем чтобы психотерапия способствовала интеграции раскрытого с помощью психоаналитических методик содержания. При тяжелых «Я»-расстройствах непосредственно направленная на раскрытие психотерапия становится противопоказанной. Переработке конфликта должна предшествовать длительная терапевтическая работа по преодолению «Я»-структурального дефицита.

Дифференциация показаний между психоанализом и глубиннопсихологически обоснованной психотерапией связана с различием в целевых установках этих методов. Психоаналитические стандартные методы имеют целью *структурные изменения личности*. Это, в соответствии с определением, применяется в качестве психотерапевтического лечения при *личностных расстройствах и симптоматических заболеваниях*, при которых личностные изменения проявляются таким образом, что их невозможно устранить без глубокого структурного изменения личности. Пациент должен принять удобное положение, для того чтобы перенести психоаналитический процесс, связанный с большими психологическими нагрузками (переживание собственной неполноценности, периоды страха и депрессии, зависимость от терапевта).

Психоанализ может начаться только тогда, когда есть достаточная гарантия того, что пациент в состоянии перенести в глубокой регрессии *«терапевтическое расщепление „Я“»*. Этим понятием описывается состояние, когда *переживаемое «Я»* и *наблюдаемое «Я»* должны противопоставляться и поддерживаться в таком противопоставлении, что необходимо для **терапевтической взаимосвязи** и вызывает у пациента враждебное чувство по отношению к аналитику. Для психотических пациентов и пациентов с хаотическим стилем мышления или другими формами нарушений способности к реалистическому отражению действительности такое лечение часто непригодно, психоанализ может вызвать у них *злокачественную регрессию* (вплоть до переходящего психоза).

Глубиннопсихологически обоснованная психотерапия показана тогда, когда симптомы, связанные с болезненным конфликтом, *относительно осознаны* пациентом. Конфликт, грозящий при его оставлении руинированием, может быть путем соответствующей переработки либо снят, либо облегчен. Ограниченное психотерапевтическое вмешательство может применяться даже при выраженных *личностных нарушениях*, когда сильная регрессия глубокого психоанализа нежелательна. *Психотерапевт всегда должен знать и осмысливать границы поставленной перед ним цели*. Модифицированные психотерапевтические психоаналитические методы имеют такие широкие показания, что многие дилетанты и даже специалисты применяют их под видом классического психоанализа. В сомнительных случаях дифференцированные показания для психоаналитически ориентированной терапии должны устанавливаться с помощью специалиста.

ЛИТЕРАТУРА

- Heigl F.: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1972.
- Strotzka H.: Psychotherapie und Tiefenpsychologie — Ein Kurzlehrbuch. Springer, Wien 1982.

19 Специальные психотерапевтические показания для психосоматических пациентов

Цель обучения

Разделение психосоматических терапевтических методов с целью наиболее оптимальных подходов к успешному применению способов конфликтпереработки.

По сравнению с «Я»-сильными психоневротическими пациентами имеется большее количество «Я»-слабых психосоматических больных, чье заболевание проистекает от их эмоциональной сдержанности (см. с. 121), а способность к интроспекции, также как и возможность духовной переработки конфликтов, выражена менее отчетливо. К тому же психосоматические пациенты обладают глубоко выраженной степенью нарциссической болезненности и агрессивной защиты (см. с. 121, 122). Они также часто явно лишены устойчивости к фрустрациям и, как показывает психодинамическое первичное интервьюирование, в противоположность психоневротическим пациентам склонны не вскрывать конфликты, но противостоять им. В связи с этим необходимо, чтобы отправным пунктом психотерапевтических усилий были избраны, по крайней мере вначале, такие методы, которые подразумевают менее интенсивную переработку конфликта и направлены на раскрытие.

Четырехступенчатая психодинамически ориентированная психотерапия

Первым, менее направленным на раскрытие структуры подходом в рамках четырехступенчатого лечебного метода является **поддерживающая психотерапия**, являющаяся, в конечном счете, идеальной формой начальной стадии переработки конфликта. Это комбинация защитной, ободряющей и подкрепляющей психотерапии, с одной стороны, и конфликтперерабатывающей психотерапии, с другой. Она может проводиться в форме собеседования с врачом общей практики или специалистом в каждом случае в зависимости от мотивации пациента как поддерживающая терапия (первая и вторая лечебные ступени) и как **врачебная беседа** (третья и четвертая лечебные ступени).

Первая лечебная ступень

В связи с тем, что психосоматические пациенты имеют минимальную мотивацию к психотерапии, на переднем плане вначале должно стоять восстановление *орально-нарциссических* объект-связей (понятие «орально-нарциссическое» для психотерапевта означает цель лечения, а для пациента из-за страдания от утраты объекта, в понимании утраты эрзац-объекта как проекции утраченной близости, — стабилизацию лабильного самосознания).

Это означает, что пациент получает поддержку в своих усилиях, касающихся соматического страдания и медицинской помощи. Эти собственные усилия являются основой первоначальных коммуникативных требований пациента и нуждаются в особой терапевтической поддержке. В связи с этим гарантия помощи, поддержка и ободрение пациента играют для психотерапевта главенствующую роль. В связи с тем, что пациент при контактах с психотерапевтом получает возможность вербализовать свои переживания и рассказать о себе самом, соответственно, уменьшается ипохондрическое содержание, лежащее на переднем плане его переживаний. Этот «разговор о себе» не только способствует отпору ипохондрическим страхам и вызывает отчетливое психическое улучшение, но также благоприятствует развитию доверия к психотерапевту.

Вторая лечебная ступень

Эта лечебная ступень является не только продолжением первой ступени, но также и началом психотерапии психосоматических больных, которая была невозможна вследствие низкой мотивации на первой ступени лечения. Вторая лечебная ступень имеет целью развить способность пациента к восприятию собственных чувств и переживаний. Поведение психотерапевта связано, с одной стороны, с обсуждением на конкретных примерах эмоционального содержания переживаний больного (в особенности, его фантазий), а с другой — с одобрением и поддержкой пациента в его попытке отражать и дифференцировать свои чувства. В построении таких взаимоотношений важное значение имеет ознакомление психотерапевта с фрустрационно-агрессивными стремлениями пациента (см. с. 121, 122).

На этом этапе врач помогает представить пациенту *ассоциативным* путем собственную соматическую и душевную ситуацию («*ассоциативный анамнез*»). Особенно важно попытаться выяснить связь между соматическими симптомами и биографией пациента. Врач путем постоянных вопросов и подтверждений каждого соответствующего высказывания поддерживает пациента и вдумчиво и прочувствованно присоединяется к тому, что он говорит. Соответствующим образом ответы пациента подкрепляют мысли и предположения, направленные на развитие ассоциативного анамнеза, и способствуют возможности расширения врачебного вмешательства, как только исчерпывается спонтанность пациента. Эта специальная техника, являясь модификацией классического психоаналитического первичного интервью (см. с. 138), обеспечивает в психодинамически ориентированной ситуации интервьюирования возможность психосоматических пациентов в присутствии врача *вербализовать* свои переживания. В связи с таким *систематическим ступенеобразным продвижением* важно закрепить свободно избранные пациентом связи и не допустить их разрушения. Как только наступает словесная пауза, которая не может быть объяснена психодинамически, даже если пациент «просто ничего больше не может сказать», психотерапевт должен прервать эту паузу и продолжить вербальную поддержку пациента, предотвращая длительное молчание. Такое бессодержательное молчание тягостно переживается пациентом и затрудняет дальнейшее течение интервьюирования.

Во время первой и второй ступеней лечения одаренные студенты-медики и психологи в качестве помощников терапевта смогли достичь значительных терапевтических успехов. Это тем более важно, что в период проведения первой и второй ступеней лечения определяется способность терапевта помочь больным людям прочувствовать и осмыслить ситуацию, в которой они находятся. К тому же для этого не требуется длительное обучение, так же как интенсивная и постоянная супервизия эксперта. Участие в лечении студентов-помощников врача показано тем более, что этим

пациентам предоставляется мало терапевтических возможностей, а образованные и опытные психотерапевты мало склонны заниматься этими ступенями психотерапии, ибо считают их монотонными и неинтересными для себя.

Третья лечебная ступень

Третьим шагом в психотерапевтическом лечении психосоматических расстройств является закрепление и улучшение саморефлексии и осознания пациентом конфликта, а также истолкование им связи между соматическими симптомами и конфликтной ситуацией. Такой опыт имеет важное для пациента значение в отношении позитивной мотивации конфликтперерабатывающей психотерапии. Теперь, в стадии стабилизации взаимоотношений с психотерапевтом, мы можем ориентировать и манеру поведения, и потребности пациента и очень осторожно противоречить ему. Пациент не должен испытывать ущерб от «раскрывающей» терапии и протестовать против изменения своего поведения и характера взаимоотношений отказом от дальнейшей беседы. Ситуация, когда пациент фактически прекращает психотерапевтическое собеседование, является сигналом для прекращения конфликтперерабатывающей работы. При этом следует концентрировать внимание на психическом статусе пациента и его соответствующем поведении и констатировать его фактическую неспособность к переработке закоренелого конфликта. Психотерапевт должен понимать, что пациент перед началом психотерапии, исходя из собственного понимания актуальной жизненной ситуации, находит для себя наилучший способ переносить эту ситуацию и устанавливать соответствующее внутреннее равновесие.

Четвертая лечебная ступень

При достаточной эмоциональной переносимости можно, в конце концов, перейти к четвертой ступени лечения — полной *переработке конфликта*, являющейся окончательной целью каждого психотерапевтического вмешательства. Последующая, часто длительная, направленная на раскрытие психотерапия, в соответствии с нашим опытом, должна проводиться после *стационарного лечения* (в стационаре проводятся глубиннопсихологически обоснованные сеансы) с заключительной и продолжительной амбулаторной психотерапией.

Стационарная психотерапия

Стационарная форма психотерапии, так же как и четыре ступени лечения, в смысле собственно психотерапевтического процесса направлена на выработку способов переработки конфликта первоначально психотерапевтически ориентированных пациентов. При этом необходимо, чтобы пациенты пришли в следующее состояние: они должны отвлечься от проявления реакций на непосредственные злободневные задачи и конфликты и направить свою освобожденную энергию на осмысленное восприятие своих основных проблем. Их потребности в медицинской поддержке и безопасности относительно собственного здоровья удовлетворены; они (за исключением страха при обострениях болезни и кризах) могут значительно дистанцироваться от собственной симптоматики и не настаивают на собственно медицинском уходе. Встреча со *старыми*, как правило, преодоленными, симптомами, конфликтами и обидами в новой стационарной среде в ходе взаимодействия с *другими* людьми со своими еще не преодоленными конфликтами помогают пациентам понять истоки и четко контурировать собственные конфликты и разочарования («ага-переживание», внезапное ус-

тановление связи). Это часто приводит к мотивационному сдвигу, вследствие которого пациент чувствует уверенность в своей способности к самоусовершенствованию и самоизменению. В таком стационарном благоприятном микроклимате стимулируется готовность к риску и попытке испытать новые формы поведения — например, высказать собственное мнение в агрессивной форме.

Если пациент решается на стационарную психотерапию, которая, как правило, продолжается восемь недель, то это является благоприятным прогностическим признаком и предполагает готовность к относительному изменению жизненного уклада, к пониманию новых людей. Пациенты, желающие подвергнуться стационарному психотерапевтическому лечению, как правило, подготовлены к нему, пройдя курс поддерживающей психотерапии (первая и вторая ступени лечения).

К сожалению, препятствием для стационарного лечения часто являются реальные семейные или рабочие проблемы (связанные с взаимоотношениями на работе), особенно для тех пациентов, у которых собственно терапевтические проблемы не актуальны и чье окружение настроено на гарантированный успех лечения и не осмысливает всей проблематики психотерапевтического вмешательства. Показания для стационарной психотерапии связаны не только со значительной нагрузкой на пациента и определенным соматическим состоянием (отсутствие острых терапевтических заболеваний), но также и с окружением. Все эти факторы должны обсуждаться во время предварительного собеседования.

Стационарная психотерапия проводится в соответствии с правилами **глубинно-психологически обоснованной групповой психотерапии**. В группе анализируется и актуализируется проблематика типов взаимоотношений пациентов, и таким образом достигается соответствующий терапевтический эффект. Кроме того, группа дает гораздо более широкую, чем при двусторонних контактах, тренировку взаимоотношений.

При стационарной групповой психотерапии в настоящее время преобладают психоаналитические методы; единичные клиники придерживаются других глубинно-психологических методов (психодрама, гештальт-терапия) или методов поведенческой терапии. Классические психоаналитические групповые методы не рекомендуются при лечении психосоматических пациентов из-за высоких требований к силе «Я» и фрустрационной толерантности в неструктурированной аналитической ситуации. Стационарные групповые психотерапевтические методы, в первую очередь, ориентированы на более или менее узкие методы взаимодействия, осмысление эффективности у других членов группы, исходя из представления о собственном состоянии, поведении и дефиците переживаний, а также из соображений защиты и приспособительной стратегии. Вместе с тем, такая терапия имеет целью процесс осознания текущей ситуации.

В качестве подкрепления психотерапевтического процесса, мобилизующего ресурсы пациента и его продвижение в установлении межперсональных связей, применяются и другие, не связанные с воздействием речи, методы. Это двигательные и укрепляющие соматическое здоровье упражнения (тренировка мышечного тонуса, ритмическая терапия, концентрированная двигательная терапия), а также так называемые творческие методы (рисование, создание образов, игра в широком понимании этого слова). Эти дополнительные методы лечения требуют сотрудников, специально обученных глубинной психологии и групповой терапии, которые вместе с групповыми психотерапевтами создают команду для лечения семи-восьми пациентов.

В результате такого психотерапевтического развития в период стационарного лечения наступает смягчение или отчетливое обратное развитие симптоматики; па-

циент получает новый импульс для «пробы своих сил» в реальной действительности, так как испытывает облегчение и чувство свободы. Как правило, рекомендуется долгосрочная амбулаторная терапия, ориентированная на занятия в группе и призванная углублять процесс лечения и стабилизировать состояние пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Deutsch F.: The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. University press, New York 1953.
 Kind H.: Psychotherapie und Psychotherapeuten. Thieme, Stuttgart 1982.
 Meerwein F.: Das ärztliche Gespräch. 3. Aufl. Huber, Bern 1986.

20 Методы лечения, не ориентированные на психоанализ

Цель обучения

Знания об основных не ориентированных на психоанализ методах лечения и соображения о показаниях для различных терапевтических форм лечения; понимание применения в терапевтической работе принципа «здесь и сейчас»; знания о различии между **поведенческой** и **гуманистической терапией**; понимание значения «эмоционального избегания» при всех психотерапевтических направлениях.

Наряду с психоанализом уже давно, но особенно в 40–50-е годы, стали развиваться другие психотерапевтические формы, на основе которых в Германии на протяжении последнего десятилетия происходит процесс расширения и консолидации. В последнее время часто говорят о характерном **«обновлении психотерапии»**. Теоретические положения и практический психотерапевтический образ действий этих терапевтических форм значительно отличаются друг от друга; вместе с тем, между ними существует значительное сходство, и обычно в своем развитии они не отделяются четко одна от другой. В повседневной психотерапевтической практике большинство психотерапевтов прибегают к эклектическому подходу, при котором комбинация психотерапевтических методов зависит от личности психотерапевта. Основное значение для терапевтического успеха, в конечном счете, имеет связь между терапевтом и пациентом.

Поведенческая терапия

Под поведенческой психотерапией подразумеваются такие терапевтические формы, которые в своих методиках ориентируются на эмпирические исследования и экспериментальную психологию. В связи с этим понятие поведения трактуется очень широко: оно включает вегетативные реакции, а также вербальные высказывания пациента о себе самом (*познание, познавательный процесс*) или *социальное поведение (действие)*.

Описываются три поведенческие области или аспекта, которые характеризуют конкретное поведение. Расхождение между **вегетативной реакцией, познанием/осознанием** и **деятельностью** в психодиагностическом и терапевтическом плане часто очень относительно: понимание и осознание невозможно без изменения поведения, а изменение поведения невозможно без изменения вегетативных реакций. Существенные различия терапевтических форм заключаются в отправной точке терапевтичес-

ких усилий. В центре учебно-теоретических исследований стоят три модели (парадигмы): классическая обусловленность в понимании учения об условных рефлексах, оперантное (деятельное) обучение успеху и обучение социальным моделям поведения.

1. **Классическая обусловленность** заключается в следующем: повторяющаяся встреча двух раздражителей, возникающих одновременно или с коротким интервалом, один из которых вызывает безусловную реакцию (рефлекс), приводит к долгосрочному возникновению реакции (рефлекса), даже если вначале действует неспецифический раздражитель.

Под рефлексом может подразумеваться как защитный рефлекс закрытия века, так и комплекс рефлекторных реакций, например, общий адаптационный синдром. Большинство вегетативных реакций могут быть объяснены с помощью этой модели.

2. Поведение связано с последствиями, к которым оно приводит (**оператная обусловленность**). Активность, вначале случайная, но при частом повторении приводящая к непосредственному положительному эффекту (поощрение, положительное подкрепление), приводит к прекращению негативных состояний (негативное подкрепление), например к уменьшению или прекращению боли. Эта закономерность не зависит от того, осознает или не осознает человек возникшие связи.

3. **Обучение моделям** состоит в том, что индивидуум, делая вывод из наблюдения за поведением других и его последствиями, склоняется к необходимости изменения собственного поведения или изменяет установившиеся поведенческие стереотипы. Можно показать, что практически все учебные феномены могут быть использованы в качестве замены при моделировании поведения. Очевидно, что моделирование поведения или социальное поведение имеет особое значение для групповых психотерапевтических способов лечения.

Поведенческая терапия исходит из того представления, что неадаптивное поведение, например разрушительные формы поведенческих реакций, возникает вследствие ложного или ошибочного обучения, и новое или терапевтическое обучение может его изменить. Поэтому первоначально при *анализе поведения* следует раскрыть взаимосвязь между системой раздражителей, реакцией на них и последствиями этих реакций (а также характером подкреплений). В соответствии с этим необходимо установить активное сотрудничество (правило «поведенческого протокола») между пациентами. Затем терапевтом и пациентом совместно разрабатывается терапевтический план, как правило, предусматривающий *ступенчатый* (и подлежащий тренировке) *образ действий*, направленный на изменение отдельных видов поведения и форм реакций (страх, раздражительность, *проблемы иерархии*).

Ниже приводятся употребляемые на практике методы поведенческой терапии.

Системная десенсибилизация

Как правило, применяется для борьбы со страхом, например, при *фобиях* или вегетативных *реакциях страха*. Вначале пациент обучается **прогрессирующей способности к мышечному расслаблению** (подобно тому как это делается при аутогенной тренировке). Затем ему предлагаются в возрастающей «дозировке» провоцирующие запускающие страх ситуации (чаще всего в форме представлений). Провоцирующие страх раздражители комбинируются с расслаблением, в связи с чем, благодаря мышечному контролю, реакция страха лишается своего мышечного компонента. Таким образом достигается новое обуславливание (проблемная ситуация — реакция расслабления). Если путем упражнений такое новое обуславливание достигается, становятся преодолимыми укоренившиеся в реальной жизни трудности.

Тренировка уверенности в себе

Основанием этого метода служит представление о том, что преодоление страха и неуверенности в себе не удастся, если пациент не имеет в своем распоряжении других, альтернативных способов поведения. Тренировка уверенности в себе, вследствие этого, является систематической десенсибилизацией «в реальности» путем групповой тренировки. Это достигается путем выполнения пациентом **конкретной роли** в очень конкретной проблемной ситуации, воспроизводящей реальные трудности, испытываемые каждым пациентом, во время которой психотерапевт и группа делают взаимные замечания и ободряют друг друга. Критические замечания сводятся к минимуму, так как характер терапии заключается в положительном подкреплении.

Биологическая обратная связь

В последние 20 лет получены многочисленные доказательства допускаящихся и ранее предположений о том, что автономная нервная система поддается законам обучения, в связи с чем возможно самопроизвольное воздействие на автономные реакции (что является условием и применяется в восточных вариантах медитации или при аутогенной тренировке). Терапия с использованием биологической обратной связи состоит в том, что такие показатели биологических реакций, как частота пульса, показатель кожного электрического сопротивления, мышечный тонус, эвакуационная способность кишечника или волны на ЭЭГ с помощью специальной аппаратуры усиливаются и становятся доступными визуальному наблюдению или прослушиванию. Пациент, используя эти **биологические сигналы**, путем **аутосуттестии** влияет на соответствующие биологические реакции, делая их управляемыми и градуируемыми (например, мышечное расслабление при головной боли, замедление частоты пульса). В связи с необходимостью использования и перемещения большого количества аппаратуры этот способ лечения пока еще не очень популярен.

Оперантное обусловливание

Оперантное обусловливание (поощрение желательного поведения, отсутствие реакции или наказание при нежелательном поведении) при всех формах терапии играет значительную роль (например, благосклонное «гм-гм» терапевта). Систематически оно применяется при поведенческой терапии, а также при **речевой психотерапии** и **анализе взаимоотношений**. При лечении нервной анорексии, например, определенное значение имеет поощрение (связанное, в частности, с прогулками).

Как раз из-за метода оперантного обусловливания поведенческая терапия подвергается критике как манипулятивная и негуманная. Эта критика особенно актуальна, когда данный метод приобретает характер принуждения. Должна ли психотерапия, так же как и другие лечебные направления (психиатрия, соматическая медицина), прибегать к принудительным мероприятиям — это спорный вопрос.

Познавательное (когнитивное) реструктурирование

Центральное место между «классической» поведенческой терапией и анализом взаимодействий занимает так называемая познавательная психотерапия. Она направлена на необходимое понимание окружающего мира вопреки **«иррациональным убеждениям»**, как правило (но не обязательно) возникающим в детстве в качестве внутреннего руководства к упорядочению и приводящего, соответственно, к иррациональному, в большинстве случаев болезненному поведению. Широко распространены, например, иррациональные убеждения типа «спорить плохо» или «чего, собственно, можно ожидать от

людей». Искусство психотерапевта при когнитивной терапии как раз и состоит в обнаружении следов этих иррациональных представлений.

Когнитивное реструктурирование вытекает из следующих обстоятельств: вначале активизируется проблемная ситуация путем соответствующих представлений или предоставления соответствующей роли, регистрируются эмоциональные последствия и выводы, вытекающие из этого желания, фиксируется интерпретация ситуации пациентом путем озвучивания (вербализации) им своей внутренней речи; принимая во внимание все рациональные и иррациональные компоненты, пациент и психотерапевт подробно прорабатывают их, что, как правило, приводит к редуцированию данной проблемы. Соответствующие поведенческие альтернативы оговариваются и испытываются. Таким образом пациент обучается опыту разрешения проблемных ситуаций, который может быть востребован и в других ситуациях.

В противоположность психоанализу и другим глубиннопсихологическим способам лечения, поведенческая терапия видит первопричину расстройств не в подсознательных внутриспсихических конфликтах, а, что значительно проще, в «дурных привычках». То, что большая часть учебного процесса протекает бессознательно, является существенно важным, хотя и не решающим фактором, тогда как только сознательное преодоление не приносит изменения, но в начале даже вызывает усиление «дурных привычек». Однако осознание связи раздражитель—реакция желательно для генерализации здорового способа поведения. Прагматические выводы поведенческой терапии многочисленны: она понятна пациенту, дает возможность хорошо ознакомиться с прогрессом и ошибками в лечении, терапевтические требования при ней не высоки, она может быть применена во многих областях, метод соответствует сложившемуся «общему мнению». Поведенческая терапия не считает, как это бывает при других психотерапевтических методах, главным взаимоотношения между пациентом и терапевтом; в конечном счете здесь имеет значение осознанная кооперация пациентов и их желание изменить ситуацию. При этом механизм *сопротивления* (см. с. 138) становится более ясным и осмысленным (в соответствии с моделью оперативного обусловливания — позитивное усиление проблемного поведения). Отрицательный момент, в первую очередь, состоит в том, что тонкие комплексные переживания при невротических расстройствах не могут быть поняты и излечены без привлечения других теорий. Для многих пациентов поведенческая терапия является методом выбора, а именно: когда вербальные способности и возможность интроспекции недостаточно выражены и не используются; при столкновении с преградами и трудностями в реализации **известных нарушений поведения** (таких, как *фобии, тики, энурез и другие*); когда функциональные вегетативные расстройства в сочетании с выраженными **вторичными признаками болезни** приводят к поведению, связанному с **нарушением влечений** (например, стремление к исхуданию или поглощению пищи при ожирении). Довольно хорошие результаты достигаются также применением поведенческой терапии при **сексуальных расстройствах**.

Гуманистические психотерапевтические способы лечения

Как «третья сила» при психотерапии наряду с классическим психоанализом и поведенческой терапией применяется гуманистически направленная, или ориентированная на переживание, терапия. К ней причисляются следующие методы: **гештальт-терапия, психодрама, анализ взаимосвязей, биоэнергетика, концентрированное на теме взаимодействие, концентрированная на клиенте психотерапевтическая беседа** (C. Rogers) и часто также **индивидуальная психология** по Альфреду Адлеру.

Характерным для этих терапевтических форм является основанное на экзистенциальной философии предположение об автономности самости (существование «Я», стремящегося к самореализации и развитию). Решающую роль в этом процессе играет встреча с другими людьми, переживание и «гарантированность» в настоящее время, как образец прошлого и будущего, решение и возможность новых форм переживания, так же как динамическое равновесие в сомато-психолого-интеллектуальных процессах.

Гештальт-терапия

Гештальт-терапия (не путать с гештальт-терапией — одним из видов терапии занятостью) обоснована Fritz Perls (1893–1970), его женой Lore Perls (род. 1906) и Paul Goodman (1911–1972). Название связано с теоретическими корнями гештальт-терапии, а именно с гештальт-теорией, которая интерпретирует психические функции, прежде всего в области восприятия, мышления и социального поведения, как выражение образования гештальта (например, феномен соотношения фигуры и фона). Другие корни гештальт-терапии исходят из психоанализа и групповой динамики.

Различные варианты гештальт-терапии развиваются относительно быстро, особенно в ФРГ, где они носят название «**интегративной терапии**» (H. Petzold). О них и будет идти речь ниже.

Интегративная терапия руководствуется тремя центральными антропологическими концепциями: 1) *телесность*; 2) *внутренняя субъективность*; 3) *целостно-сценическое переживание и понимание*.

1. От несколько старомодного и привлекательного понятия *тела* отграничивается современное понятие *сомы*, которое объективируется и понимается через базисную «модель машины». Тело есть одушевленная сома, «*совокупный орган*», с помощью которого воспринимается боль, наслаждение, стремление к движению или покою, страх, подавленность.

Существуют также важные телесные события, являющиеся показателями душевного состояния (прежде всего настроения и самочувствия). Когда я чувствую себя, то я чувствую себя как тело, а никогда как сомю; как сомю я расцениваю себя как «другого». Интегративная терапия говорит о теле-самости, как первооснове самости, благодаря которой создается *роль самости*. Телесное состояние, как, например, радостное и светлое восприятие окружающего мира, чувство собственной значимости и соответствия, самонаблюдение или сон суть органические состояния человеческого самочувствия, а не взаимосвязи каких-то «инстанций». Пока эти состояния гибко переходят одно в другое, человек здоров, если же определенное состояние фиксируется, то возникает угроза заболевания.

В течение индивидуального и коллективного развития и социальной истории возникает большая или меньшая степень анестезии так называемого «перцептивного тела» («это вовсе не причиняет мне боли»), ампутация «экспрессивного тела» (например, вялая безжизненная рука и парализованность) и амнезия «мемориального тела» (выпавшие из воспоминаний отрезки времени). Основная терапевтическая работа состоит в том, чтобы вытеснить эти состояния в сомю. Интегративная терапия в связи с этим прибегает в определенной мере к технике, имеющей отношение к телу, работе с творческим методом, двигательной терапии, эмоциональной практике.

2. Концепция *внутренней субъективности* свидетельствует, что человек не может быть одиноким в своем существовании и понимании окружающего. Основным опытом человека является основанное на внутреннем доверии двойное единство матери

и ребенка. Мышление как *внутренний диалог*, процесс построения идентификации с самим собой, которые мы наблюдаем, находится в процессе развития в косвенной, но постоянной связи с другими.

Внутренняя субъективность в узком смысле слова есть способность субъекта включать в себя субъективность других, и осуществление такого обобщающего процесса соответствия является терапевтической целью. Эта цель заключается в способности к *контакту* (общая способность связываться с другим и отграничивать себя от другого), к *встрече* (относительно краткосрочная интенсивная межличностная связь с представлением о внутренней сущности другого) и к *связи* (способность к длительным межличностным отношениям, поддерживающимся вопреки критическим ситуациям). Взаимоотношения пациента и терапевта как модель такой связи имеют выдающееся значение. В связи с этим терапевт не может вести себя исключительно трезво и эмоционально нейтрально, но должен недвусмысленно и четко с подлинной искренностью и натуральностью приводить в соответствие интересующие способности пациента, а также подходить избирательно к его высказываниям. Способность к внутренней субъективности ограничивается *упорной склонностью к переносу* (см. с. 138). Повреждение способности к взаимосвязи с «внутренним», т. е. с самим собой, и «внешним», т. е. с другими, приводит к *травматизации* (чрезмерное стимулирование, например при несчастных случаях, причинении ущерба, злоупотреблениях), дефициту (хроническое эмоционально-социальное «голодание») или *конфликтам* (хроническое противостоящее стимулирование, например, импульс и его торможение) в прошлом и настоящем. Существует общее положение о том, что хроническое повреждение межличностных связей действует тем сильнее, чем раньше они возникают, в связи с чем более поздние нагрузки имеют меньшее патогенное значение.

Для того чтобы уменьшить старое или вновь возникшее страдание, человек развил механизмы преодоления или защиты (см. с. 93); в основе интегративной терапии среди прочего стоит так называемое «вытеснение в тело» и *отделение*, осуществляемые путем упорных совместных тренировок. Это приводит к погашению остроты чувств и уменьшению травмирования при восприятии себя и чужих в ситуации «здесь и сейчас» (сцена). Целью терапии является повторное переживание соответствующей имевшей место ранее ситуации и выработка интеграции. Это достигается часто при проведении *ролевой игры* (диалог с самим собой), во время которой пациент, по возможности, «меняет стулья» (техника «пустого стула»), внося различные выразительные тенденции в контакты с блокированной стороной своей самости и/или с персоной, в отношении которой ранее устанавливалась связь. Примером может служить мучительное чувство пациента, никогда не приходящее спонтанно, во время диалога между «контролером» и ранее не воспринимавшимся «озлоблением», которое позднее персонифицируется как конфликт между матерью, склонной к гиперопеке и повышенному контролю, и нуждающимся в любви озлобленным ребенком. В состоянии ярости вновь переживаются интересующие связи, что приводит к интеграции и восстановлению у пациента способности распоряжаться своей энергией и спонтанностью.

3. Так же как и в психодраме, при проведении интегративной терапии пациент выступает как творческий, стремящийся к самовыражению партнер в игре на сцене своего мирозерцания. Его игра осуществляется в соответствии с *взаимодействием ролей* (внутренних образцов перенесения и присвоения). Это является исходным пунктом образования социализации и идентификации (роль самости). Роль соответствует

не только общественным или семейным образцам, но воплощает также способность к выбору и индивидуальность.

В теории интегративной терапии основы функционирования раннего мышления описываются как проприоцептивные, «атмосферические» образные и сценические. В дальнейшем появляется и обычное вербальное мышление, но это не отменяет существования «внедренных в тело» ранних форм. Сохранившиеся представления об атмосфере, картины и сцены влияют на личность, по крайней мере, не меньше, чем накопленный вербальный опыт и могут в проблемной ситуации проявиться как *стойкие образы ролевого поведения* или в форме периодически возвращающихся, кажущихся необоснованными *нарушений настроения*, приводящих к более или менее тяжелым повреждениям (атмосферические — «мир холоден и пуст» в связи с длительным периодом оставленности ребенка; образные — картина повозки, в которой увозят отца; сценические — безнадежность и стыд в ситуации общения, потому что все братья и отец потешаются во время трапезы, а мама молчит).

Терапевт путем регистрации и понимания атмосферы и содержания сцены использует необходимый механизм контрпереноса (см. с. 138), конкретизирует и разъясняет больному его расстройства и вследствие переживания старой сцены помогает пациенту приобрести новый эмоциональный опыт и разрабатывает вместе с ним возможную компенсаторно-терапевтическую стратегию поведения.

Гештальт-терапия широко распространена в клиникских и консультативных учреждениях. Она проводится с пациентами, имеющими показания для глубиннопсихологической терапии, и, кроме того, для таких пациентов, которые, прежде всего, нуждаются в тренировке способности к восприятию, побуждению извне и мобилизации. Гештальт-терапия проводится как при двусторонних контактах, так и в процессе групповой терапии.

Биоэнергетика

Биоэнергетика руководствуется энергетической концепцией W. Reich и теоретическими и методическими исследованиями A. Lowen и S. Keleman. Биоэнергетика работает в рамках концепции телесно-духовной целостности и единства телесно-духовной энергии.

Блокада психофизического энергетического потока может привести к тому, что определенные раздражители не воспринимаются и определенные поступки и образцы поведения не находят выхода. При этом возникает так называемая **«характерная ситуация защиты»** в форме определенных **внутренних и внешних позиций**, которые, прежде всего, выражаются в соматических признаках (опущенные веки, поджатые губы, широко раскрытые «детские глаза»), а также в психосоматических симптомах (хроническое воспаление кожи при сдерживании слез, нарушение глотания при бессознательном защитном напряжении). Из этих соматических признаков вытекает и «душевная позиция», в большинстве случаев бессознательная, которую должен раскрыть и направить терапевтический процесс, для того чтобы снова свободно распоряжаться энергией (имеется в виду возрастание интересов, ощущение радости жизни, активность).

Очарование биоэнергетики связано с ее характером непосредственной взаимной игры: чувство того, что тебя понимают, и изменение соматического положения приводит к улучшению восприятия и изменению душевно-личностного положения, и наоборот. Биоэнергетика предназначена для непосредственного телесного опыта и

пользуется этим, например, в форме дыхательной гимнастики, соответствующих движений, покоя и так называемых стресс-упражнений (связанных с усилиями и напряжением).

В связи с тем, что биоэнергетическая установка через прямую соматогенную работу может пустить глубокие корни и оказаться чрезмерной, следует определять показания для лечения после тщательного биоэнергетического анализа. Это тем более необходимо, что биоэнергетика может быть очень эффективным терапевтическим методом, особенно при психосоматических расстройствах.

Психодрама

Психодрама — это глубинно-психологический интегративный метод, который с помощью сценических представлений может осветить, помочь пережить и преодолеть интрапсихические и интерперсональные конфликты. В данной методике работает не только глубинная психология, основанная на бессознательном, имеющем истоки в детстве материале, но и интегративный метод, который опирается на теоретические, практико-терапевтические дисциплины и включает в себя обучение (например, социальную психологию, медицину, искусство драматургии и игровую технику).

Основателем психодраматического метода является J.L. Морено, который начал свою деятельность в Вене после Первой мировой войны в качестве врача в социальной и терапевтической работе с группами. Морено считается «изобретателем» современной групповой терапии. Человек представляется действующим в социальном поле, его поведение и его связи структурируются его **ролью** (в дальнейшем изложении мы будем употреблять это слово в данном понимании). Эти связи переживаются по отношению к другим (комплементарная роль) в эмпатическом понимании общественного основания роли. *Психический конфликт, так же как и повторяющиеся противоречивые чувства, должен быть пережит в настоящее время*; это переживание облегчается путем стимулирования при помощи соответствующих действий (роли). Теория психодрамы сводится к конкретизации окружающего поля (Umfeld), роли и переживания.

Конкретизация достигается с помощью **сценического представления** психодрамы, чаще в группе, иногда и в единичном сеансе. Разыгрываются не только реальные связи между личностями, но также воображаемый мир в мечтах и фантазиях. Исполнителем главной роли или главным действующим лицом, а также автором сценария является сам пациент, который как можно более точно при поддержке терапевта представляет эту роль на сцене. Комплементарная роль представляет собой исполненную главным действующим лицом краткую характеристику наиболее часто встречающихся людей — членов терапевтической группы. Если взаимодействие недостаточно пластично, руководитель игры может предложить *замену ролей*, при которой главное действующее лицо (протагонист) сам исполняет роль конфликт-партнера, и эта позиция привносит в игру совершенно новое переживание (например, зависимость от предполагаемого сильного партнера, вечно склонного к придиристости). Если протагонист очень неловок и непонятлив, руководитель или член группы могут дать повторные разъяснения и прояснить неясные чувства. Чем больше привносит протагонист в актуальные сцены биографического материала, тем больше в последующих представлениях выходит на поверхность подсознательный багаж.

Часто в этих фазах переживания высвобождаются внутренние конфликты («завершение гештальта»). Так же часто, особенно при актуальных конфликтных взаимо-

отношениях, присоединяется фаза *модификации поведения*, в которой протагонист апробирует альтернативное поведение, представленное им самим во время игры.

Существенной для протагониста и для всей группы является фаза интеграции по окончании игры. В ней протагонист должен сделать вытекающие из драмы интеллектуальные выводы и вследствие этого возвратиться к «нормальному» душевному состоянию. Между тем члены группы должны переработать эмоциональные переживания протагониста. Это проявляется в так называемом «разделении» чувств, когда у членов группы во время игры протагониста всплывают собственные проблемы. В интеграционной фазе возникает обратная связь, так как наблюдение за поведением протагониста порой сопровождается толкованием и догадками.

Фазы психодрамы — групповая фаза активизации («подогрева интереса»), драма, интеграция в группе — подобны течению фаз в гештальт-терапии, биоэнергетике или работе по анализу взаимодействий.

Кроме узкой психотерапевтической области, метод психодрамы приложим и в других областях, прежде всего в форме разыгрывания ролей в педагогических целях.

Анализ взаимодействий (Transaktionsanalyse)

Сложное наименование «*анализ взаимодействий*» определяется также как анализ межличностного (трансперсонального) поведения.

В теории анализа взаимодействий имеется сходство с психоанализом (топологическая точка зрения «Я», «Оно», «Сверх-Я») и концепцией роли в психодраме. В терапии имеются более тесные, чем с психоанализом, связи с гештальт-методом, психодрамой и даже поведенческой терапией.

Анализ взаимодействий (транзакционный анализ) исходит из трех состояний «Я»: «**детское Я**», «**родительское Я**» и «**взрослое Я**». Все эти «Я»-состояния имеют значение в настоящем и, в зависимости от ситуации, то выходят на передний план, то остаются на заднем плане. «Детское Я» проявляется в двойственной форме, как свободное «детское Я» (склонность к протесту, спонтанность, творчество) и как приспособительное «детское Я» (подчинение требованиям и ожиданиям взрослых). «Родительское Я» проявляется в равной степени как кормящее и критическое.

Невротические проблемы, согласно **транзакционному анализу**, обусловлены тем, что эти «Я»-состояния появляются в ложной ситуации, например в форме, когда одно из состояний преобладает.

Один пример: «Ты не знаешь, где мои записки?» — «Почему ты не следишь за своими вещами? Ты, в конце концов, не маленький ребенок!» Тут партнер на исходящий из «взрослого Я» вопрос реагирует своим критическим «родительским Я». Соответствующей взрослой реакцией было бы «я не знаю» или «я думаю, что они лежат в письменном столе».

Транзакционный анализ исходит из того, что человек подсознательно устраивает свою жизнь в соответствии с **ранними указаниями родителей** (сценарий запрет/ожидание или жизненный путь), которые в проблемных случаях играют роль подавленных указаний или «язвительных замечаний», например «этого тебе нельзя, ты еще маленький». С помощью подсознательной стратегии («**игры во взрослого**») происходит возврат к все той же старой ситуации, в которой осуществляется **жизненный сценарий**.

Трансакционный анализ пытается, как правило, в форме групповой терапии сделать так, чтобы человек осознал этот жизненный сценарий и его стратегию. Часто это происходит с помощью метода, очень напоминающего гештальт-технику. При этом подсознательная покорность родительским указаниям подавляется; в соответствии с осознанным решением изменяется жизненный сценарий и оказывается селективная поддержка соответствующего поведения. Терапевт, призванный усиливать положительные тенденции и способы изменения поведения, принимает постоянное участие в обсуждении вместе с пациентом позитивных родительских позиций, а группа действует как испытательный полигон для новых взаимосвязей и как усилитель положительных тенденций.

*Концентрированное на теме взаимодействие
(Themenzentrierte Interaktion, TZI)*

Основанное Ruth Cohn концентрированное на теме взаимодействие является педагогико-терапевтическим групповым методом в пограничной области между педагогикой, собственным опытом (предотвращения болезни) и психотерапией (развитие гуманистического движения).

Этот метод базируется на принципах гуманистической психологии, групповой динамики и психоанализе и формулирует прагматические положения через структурно обусловленный живой групповой процесс.

Основополагающие положения определены аксиомами, не подлежащими дальнейшему обоснованию.

Первая аксиома гласит: человек представляет собой психофизическое единство и часть мира, одновременно автономную и взаимосвязанную. Его автономия тем больше, чем отчетливее осознаются его взаимосвязи.

Вторая аксиома: человек сам определяет свою судьбу; он этически ответственен.

Из этих основополагающих аксиом вытекают два постулата, которые по-настоящему являются ориентирами для проведения концентрированного на теме взаимодействия:

1. «Ты сам себе хозяин»; следовательно, принимая это во внимание, ты должен решить, кто ты есть, кто тебя окружает и какова твоя цель. Никто не может принять решение за тебя, и если ты не решаешь, то решение должен принять другой.

Это положение часто цитируется как предложение: «Будь сам себе хозяином». Эта парадоксальная форма — приказ не подчиняться никаким приказам — часто подвергается критике; он осмысливается как дидактически-терапевтический принцип, указывающий на источник собственных возможностей и расширяющий собственные границы, и его ни в коем случае не следует смешивать с морализаторско-разъяснительным указанием все делать для себя или думать только о себе.

2. Второй постулат гласит: «Психические расстройства имеют преимущества».

Этот постулат, подобно первому, кажется двойственным: он описывает факт и содержит в себе поведенческую инструкцию. Когда появляются расстройства (например, скука, гнев по отношению к членам группы, головная боль или мышечное напряжение), то оно так долго абсорбирует энергию, что требует преодоления. Преодоление означает восприятие расстройства, и как только это признается, принимается решение о том, каким образом его нужно переработать — путем сообщения другим, путем активной помощи или через сознательную готовность выдержать это

состояние, так как в данный момент важным кажется другое. В этом процессе принятия решения появляется инструктивный (но не связывающий) характер аксиомы. Часто готовность к высказываниям о своих нарушениях приводит к облегчению или прекращению болезненного состояния (в соответствии с **терапевтическим парадоксом** о том, что каждое состояние допускает готовность к значительному изменению).

Из аксиом и постулатов вытекают последующие правила оказания помощи, которые разъясняются в групповой практике и сопровождаются соответствующими предложениями: «имейте собственное мнение», «легче сказать „я“, чем „они“ или „мы“», «держите при себе интерпретацию действий других, выражайте лучше собственные реакции», «вы, в конечном счете, знаете о других меньше, чем о себе», «интерпретация чужих поступков часто носит защитный характер».

«Правила», которые с повышенной честностью фиксирует каждая TZI-группа (позиция изменения цели), независимы от просьб (темы) группы. Они служат, скорее, ориентирами, а не повторяющимися инструкциями.

Каждый групповой процесс характеризуется четырьмя элементами: я — единственный со своими просьбами в группе; мы — группа с ее целями и задачами; оно — тема, задача, смысл группы; всеобщее — поле, задний план, взаимозависимость членов группы.

Эти четыре элемента должны поддерживать **«динамический баланс»**, которым сопровождается развитие (оживленное обучение). Когда пренебрегается одним из аспектов, который, к тому же, носит значимый (тематический) характер для «Я»-концентрации (перечисление «Я»-состояний всеми членами группы) или для связи между членами группы (постоянная бессознательная неразумная и бесцельная критика), групповой процесс нарушается или разрушается. Поддержание балансировки является важнейшей функцией руководителя группы.

Руководитель TZI-группы рассматривает себя как равноправного члена группы с особой ответственностью за общие процессы, происходящие в ней. Регрессивные потребности членов группы, в определенных пределах, признаются, но не поддерживаются; он стремится как можно скорее разъяснить процесс переноса на себя или других членов группы путем связи с текущей реальностью.

Концентрированное на теме взаимодействие, как гибкая рамочная концепция группового процесса, требует комбинации с другими методами. Оно находится в относительно узком соответствии с так называемым групповым методом аналитического взаимодействия (см. с. 140). Преимущество заключается в понимании метода и в руководителе, который играет связующую и стабилизирующую роль.

Концентрированное на теме взаимодействие может быть вступлением в длительный терапевтический процесс и применимо также при лечении психосоматических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Corsini R.J.: Handbuch der Psychotherapie. Beltz, Weinheim 1983.
Petzold H.: Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Junfermann, Paderborn 1984.
Revenstorff D.: Psychotherapie-Verfahren II: Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart 1989.

21 Системная (семейная и связанная с парными взаимоотношениями) психотерапия

Цель обучения

Знакомство с показаниями и техникой системной семейной и единичной психотерапии.

В понимании *системной* психотерапии психологические расстройства пациентов понимаются в меньшей степени как индивидуальные проблемы, а в большей степени как выражение специфических своеобразных связей внутри семьи или в рамках *взаимоотношений пары*. Исходящая из данного системного взгляда симптоматика пациента представляется важным проявлением его непосредственных взаимоотношений. Центральной целью системной терапии, требующей активности как врача, так и всех участников, является понимание важнейших и господствующих в семье или между членами пары взаимоотношений и силовых влияний и изменение их. Для окончательного решения этой задачи, направленной на изменение взаимоотношений, в качестве терапевтического инструмента применяется эффективный специальный метод интервьюирования, называемый *«циркулярным опросом»*.

При этом проводящий опрос психотерапевт сохраняет тайну и строгий *нейтралитет* по отношению к наклонностям и интересам каждого члена семьи или пары, которые, как правило, присутствуя при интервьюировании, открывают для себя новые перспективы и интерпретативные схемы для понимания друг друга. Таким путем обычно терапевт получает важные знания о системе взаимосвязей, различиях в отношении друг к другу и их применении в семье или между членами пары. Опрос содержит в себе не только настоящее и прошлое, но также и будущее, причем последний гипотетический вопрос считается особенно важным.

Циркулярный опрос имеет целью не только поиски причин, но также логическое осмысливание взаимосвязей путем их описания. Включение фантазирования, например, «что будет, если...», «что будет, если не...» и т. д., указывает на интенциональность и функциональные взаимосвязи индивидуального поведения в контексте межличностных отношений. Основой согласия при циркулярном опросе является взаимное стремление членов семьи или пары с «вынужденными» отношениями к поиску *семейных ресурсов* и их освобождению для достижения общих целей. Далее, терапевт, делая *акцент на позитивном*, объясняет и оценивает характер поведения каждого члена семьи или пары, что, в конечном счете, приводит к оценке внутренней тревожности. Участники этого терапевтического объединения наблюдают за членами семьи или пары и концентрируют свое внимание на поведении терапевта не меньше, чем на родственниках-членах семьи. Все участники терапевтической команды сотрудничают для системного изменения поведения членов семьи, являющегося конечной целью данного вмешательства.

С недавних пор системная терапия, применявшаяся как семейная психотерапия, получила важнейшее продолжение в качестве понятия *«системной единичной терапии»* (называемой также «семейной психотерапией без семьи»). Семейная терапия служит более высокой ступенью для создания новой концепции единичной терапии. Единичная терапия отклоняется от целей семейной терапии, считая семью комплексной и

изолированной системой, и, вместе с тем, использует знания, первоначально полученные при системной работе в семье. Эта форма единичной психотерапии хорошо зарекомендовала себя у пациентов с системно ориентированными нарушениями взаимоотношений, члены семьи которых не готовы к семейной терапии, или в тех случаях, когда члены семьи географически удалены друг от друга.

Системная психотерапия *кратковременна*. Как правило, она состоит из 10–15 сеансов на протяжении одного-двух лет. Затем действует принцип отталкивания вместо совместной проработки проблем. Длительные интервалы между сеансами (как правило, четыре-восемь недель) должны, по возможности, после терапевтического отталкивания вернуть членов семьи в реальное окружение с самостоятельным разрешением возникших проблем и структурной модификацией процесса изменения взаимоотношений.

ЛИТЕРАТУРА

- Simon F.B., H. Stierlin: Die Sprache der Familientherapie, ein Vokabular. Klett-Cotta, Stuttgart 1984.
Stierlin H., F.B. Simon: Familientherapie. In Kisker: K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. 3. Aufl. Bd. I. Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Springer, Berlin 1986.
Weber G., H. Stierlin: In Liebe entzweit (die Heidelberger Familientherapie der Magersucht). Rowohlt, Hamburg 1989.
Weiss Th.: Familientherapie ohne Familie. Kösel, München 1988.

Цель обучения

Основанное на экстремальных примерах соматопсихических нарушений знакомство с психотерапевтическими подходами к соматическим больным в клинико-медицинских стационарах и основой образа действий при междисциплинарных консультациях и взаимосвязях.

22 Вторичные психические изменения

Феноменология и психодинамика

Выше (см. с. 120) при описании психопатологии психосоматических пациентов мы говорили о ее сходстве с *вторичными психическими изменениями*.

Восприятие пациентом своего соматического заболевания в равной степени связано как с *объективным поражением*, так и с соответствующим потрясением от того, что нарушенная соматическая функция вызывает изменения самоощущения (*вторичная нарциссическая обида*), что в совокупности со склонностью пациента к возрастанию *медицински ориентированной самостоятельности* может достичь масштаба ипохондрического переживания. Вследствие этого может возникнуть реактивная *эмоциональная сдержанность*, которая сочетается с ограничением интроспекции и саморефлексии. Затем больной проходит через стадию утраты объекта, так же, как и психосоматические пациенты. Мобилизуя свои силы против вторжения болезни в

порядке защиты от *фрустрационно-агрессивных* намерений, пациент становится злобным, раздражительным, враждебно настроенным; у него постоянно возникает мысль: «Почему это я, а не кто-нибудь другой, так тяжело болен?» Пациент склонен подавлять эти фрустрационно-агрессивные стремления и распределять их: с одной стороны, эта раздражительность связана с изнеможением от болезни, а с другой стороны, такие проявления могут изменить отношение к нему медицинского окружения и членов семьи, от которых он зависит.

Для хронически больных в рамках их вторичных психических изменений наступающие на отдаленных этапах *страх* и *депрессия* являются не только следствием подавления фрустрационной агрессии, но и выражением общей эмоциональной шоковой реакции на восприятие болезни.

Одновременно наблюдаются *желания зависимости* (желание зависеть от кого-то), проявления которых не столько сигнализируют о *вторичной инфантильной регрессии*, сколько являются формой адаптивного поведения как предпосылки для признания терапевтических рекомендаций врача и обслуживающего персонала.

Вторичные психические изменения включают в себя также и поведение в форме «отрицания» как механизм самосохранения у хронически больных. Под «отрицанием» мы подразумеваем подсознательно мотивированное ослабление или даже отказ от осознания своего состояния и склонность воспринимать внутренние мучения как следствие внешней травматизации. Эту *«работу отрицания»* хронически больных в смысле связанного с *реальными закономерностями* механизма самозащиты следует ограничивать от склонности к отрицанию у невротических пациентов.

Следует учитывать, что существование конфликтов, доходящих до степени *невротического* проявления, даже в случае первоначальной психической самостоятельности у хронических больных соматическими заболеваниями встречается часто и в повседневной практике требует надлежащей оценки.

Описанные выше вторичные психические изменения и соответствующие им психотерапевтические рекомендации имеют место при определенных медицинских экстремальных ситуациях: *стадия интенсивной терапии, длительная диализная программа, трансплантационная медицина* и, в широком смысле, терапевтический режим у *онкологических пациентов*.

Клинико-психосоматические примеры

Стадия интенсивной терапии

В связи со стационарированием по *витальным показаниям* (например, при инфаркте миокарда) у пациентов доминирует *эмоциональная шоковая реакция*, которая феноменологически знакома нам как ступорозное состояние при страхе или как манифестный архаический страх. Интенсивность этой шоковой реакции требует настоящего повторения медицинских требований до тех пор, пока терапевтическая активность действующего врача и обслуживающего персонала не будет воспринята. На протяжении стадии интенсивной терапии возникают вторично-нарциссические обиды и реактивная депрессия. Тесно связано с этим и чувство *внутренней угрозы*, которое охватывает больного и формирует его мыслительные и эмоциональные процессы. Позднее мы наблюдаем сильно выраженную *«работу отрицания»*.

Длительная диализная программа

Для пациентов, испытывающих *стресс вследствие диализа*, характерны следующие *ключевые расстройства*: зависимость от навязанных им длительных терапевтических программ; длительное состояние неопределенности относительно жизненного прогноза; ограничение внешней активности в семейном, профессиональном и общественном плане.

Эти три стрессовых фактора обуславливают отчетливую умственную и эмоциональную озабоченность ситуацией, связанной с диализом, которую мы наблюдаем при первой же встрече с пациентом.

Эмоциональное преодоление стресса требует учета *двух факторов*: с одной стороны, необходимости переживания длительной альтернативы между дальнейшей жизнью и смертью, а с другой стороны — надеждой на трансплантацию почки. Благодаря этим эмоциональным факторам путем двух альтернатив используются возможности для активации пациента. Если пациент может справиться с диализной программой и найти в ней выход для себя, наступает не только приспособление к аппарату, но и возможность психосоциальной реабилитации. Позже проявляются латентные вторичнопсихические изменения: неопределенность прогноза, вторичнонарциссические обиды и реактивная депрессия, а также незначительные зависимые желания.

Трансплантационная медицина

В рамках впечатляющих достижений современной медицины *трансплантационная медицина* обеспечила себе прочное место в повседневной практике.

В клинко-психосоматическом аспекте *трансплантация почек* ставит нас перед фактом полной зависимости пациента от диализной программы. Расширение контактов пациента с внешним миром способствует повышению психической гибкости пациента по отношению к новым требованиям окружающей среды. При этом стабилизируется самооценка пациента, что, кроме того, сопровождается уменьшением страха и неуверенности по отношению к возможному прогнозу. Соответственно, остается обеспокоенность относительно возможности отторжения трансплантата и потенциального возобновления процедуры диализного лечения. Преобладающий вопрос «приживется ли трансплантат или произойдет окончательное отторжение?», особенно в случае манифестной угрожающей опасности для трансплантационной функции, приводит к ситуации, напоминающей «сидение на пороховой бочке», т. е. к лабильности самооценки, а следовательно, к депрессии и страху.

Однако, когда становится очевидным отторжение трансплантата и повторная процедура диализа, у большинства пациентов быстро появляется желание повторной трансплантации.

При удачной *трансплантации печени* у пациентов наступает психически стабилизирующий эффект, подобный таковому при почечной трансплантации, но с двумя различиями. Первое заключается в том, что у пациентов с терминальной печеночной недостаточностью перед пересадкой органа период между тяжелейшим токсикозом и объявлением о необходимости трансплантации так короток, что адаптация к болезни не может быть устойчивой. Второе различие при успешной печеночной трансплантации состоит в том, что, хотя наступает психически стабилизирующий эффект, как и при почечной трансплантации, однако для пациентов с печеночной трансплантацией вопрос «приживание или отторжение» несет потенциальную абсолютную уг-

розу, так как для этих пациентов нет открытого выхода из положения в форме так называемой «искусственной печени».

При такой степени субъективной и объективной тяжести печеночных больных с терминальной недостаточностью или после печеночной трансплантации мы наблюдаем, что клиническое окружение способствует преодолению вторичных психических изменений. Клиническое окружение передает пациенту отчетливо воспринимаемое чувство того, что вокруг господствует ярко выраженная врачебная компетентность. Клиническое окружение, прежде всего, своим порядком и укладом оказывает не прямое психотерапевтическое влияние, которое в равной степени распространяется и на последующее амбулаторное лечение.

При *пересадке сердца*, так же как и при трансплантации почек и печени, вопрос, связанный с непосредственным оперативным вмешательством, отодвигает другие аспекты жизни после трансплантации.

Почтовое анкетирование дает те же психосоматические заключения, что и при прямых клинко-психосоматических исследованиях, проведенных при почечной или печеночной трансплантации. Тематическим центром ответов пациентов с пересаженным сердцем при анкетировании является не только интеллектуальное и эмоциональное противостояние с трансплантируемым органом, особенно в плане ситуации «пороховой бочки», но и обеспокоенность в отношении возможных побочных эффектов от приема медикаментов. Другим переживанием является охватывающее пациента чувство вины, связанное с тем, что «для того, чтобы я жил, человек должен был умереть». Несмотря на эти обычные ограничения, преобладающим чувством большинства пациентов являются вера и ожидание того, что первоначальная пересадка сердца будет удачной.

Психологически обоснованный терапевтический режим для онкологических пациентов

У *онкопациентов*, выполняющих психологически обоснованную терапевтическую программу, нередко наблюдается заострение вторичных психических изменений. Специальную проблематику для онкопациентов представляет так называемое «разъяснение». В связи с этим избегают вопросов, из содержания которых онкопациенты могут сделать вывод о наличии у них фактического диагноза. Каждая форма реального диагностического сообщения должна вытекать из узкой коммуникативной связи между терапевтом и пациентом, которая шаг за шагом дает пациенту возможность оценить и пережить ситуацию, что приспособливает его к диагностической информации.

В некоторых случаях эти оценки определяют *актуальную клиническую* ситуацию для пациента, особенно при шансах на улучшение или даже выздоровление, а также при неблагоприятном прогнозе. Далее, масштаб реальной диагностической информации зависит от *преморбидной* личностной структуры пациента, прежде всего, его первичной толерантности к фрустрации, а также от *стабильности* его семейных объекто-отношений. В конце концов, важное значение для способности пациента переносить информацию о болезни имеет степень его «работы по отрицанию». Это вытекает из потребности облегчить состояние *безнадежности*, возникающее в рамках информирования больного. Иначе говоря, для некурабельных пациентов мы предлагаем принцип «*ложь как лекарство*», поскольку соскользнувшее с языка реальное сообщение о болезни представляет опасность возникновения у пациента выраженного состояния безнадежности.

23 Клинико-психосоматическое консультирование и принципы взаимоотношений

Определяющие установки

Поскольку психосоматические пациенты и больные соматическими заболеваниями со своими вторичными психическими изменениями находятся в клинико-медицинском учреждении (терапевтическом, хирургическом), возникает необходимость, чтобы эти психосоматические проблемы исследовал соответствующим образом обученный врач или психолог, что позволит преодолевать эти проблемы с помощью взаимосвязи с группой врач—сестра—обслуживающий персонал. Такое междисциплинарное обслуживание описывается понятием «консультативное взаимодействие». Клинические консилиумы и служба взаимодействия, которые обеспечивают клинико-медицинские стационары (за исключением психиатрических и психосоматических), имеют двойственный аспект. С одной стороны, это классическое консультирование психосоматических пациентов и пациентов с психическими проблемами, а с другой стороны — специализированное обсуждение проблем пациентов и психотерапевтическое сопровождение их дальнейшего обслуживания. В противоположность этому, понятие «медицинское взаимодействие» подразумевает постоянную работу «в упряжке» с психотерапевтом как в плане сотрудничества в соответствии с психосоциальным аспектом обслуживания больных, так и для постоянного повышения квалификации в группе врач—медсестра—обслуживающий персонал. По сравнению с консультативной функцией активность службы взаимодействия представляет, несомненно, более эффективную модель, более современную и личностно направленную, чем, к сожалению, в обычных учреждениях. Целенаправленное требование междисциплинарной кооперации как опорного пункта службы консультаций и взаимодействия направлено не только на двойное диагностически-психосоматическое исследование пациентов, но и на определение соответствующих показаний для дальнейшей сопровождающей психотерапии.

В последние годы проводятся различные исследования относительно потребности в клинико-психосоматическом консультативном обслуживании. Один из авторов в широком обследовании шести подразделений Высшей медицинской школы в Ганновере (около 78 % всех находящихся в стационаре пациентов) установил, что от 31,4 до 42 % опрошенных испытывают страх и тяжелую депрессию и нуждаются в соответствующей, более глубокой, медико-психологической диагностике, равно как и в психотерапии. В широкоохватывающем исследовании пациентов девяти общесоматических больниц Гамбурга 38,4 % пациентов с помощью интенсивного психодинамического первичного интервьюирования были отнесены к числу страдающих отчетливыми психосоматическими расстройствами. В противоположность этой очевидно высокой потребности, соответствующие исследования внутрибольничных показателей клинико-психосоматических консультаций свидетельствуют о более низкой потребности. Согласованный показатель просьб о психосоматических консультациях составляет только от 1 % до 5 % пациентов, пользующихся стационарной помощью. Столь большое различие связано с персональными установками обслуживающего персонала и сугубо терапевтической направленностью клинико-психосоматических отделений, а также с другой корпоративной установкой соответствующих врачей.

Психотерапия

Индивидуальные методы

Для пациентов с выраженными вторичными психическими изменениями в рамках службы консультативного взаимодействия предлагаются следующие виды *поддерживающей психотерапии* (см. с. 142).

1. Из установления *орально-нарциссической связи* с объектом (см. с. 142) вытекает развитие континуально-вербального диалога в смысле «*ассоциативного анамнеза*» (Deutsch, 1953; см. с. 143).

2. Прямой разговор о *медицински ориентированной самодеятельности* («вторичной ипохондрии») как о первоначальной, стоящей на переднем плане коммуникативной просьбе пациента с последующей возможностью нарциссического удовлетворения и *вербально-катарсисный отпор* соответствующим страхам.

3. Прямой разговор о *фрустрационно-агрессивных* стремлениях пациента и исходящего из них представления «почему я, а не кто-то другой» с соответствующей целью *вербально-катарсисного отпора*.

4. По окончании вербального катарсиса от медицински ориентированной самодеятельности и фрустрационной агрессии, по крайней мере преходящей, к последующему требованию перехода от интроспекции и саморефлексии к прямому разговору о *конфликтной ситуации*. В этом разговоре предлагаются образцы общественно признанных форм проблемной ориентации, способствующие ассоциативно-анамнестическому ориентированию, но только без последующей психодинамической переработки. Во многих случаях это приводит к обнажению и *прояснению конфликтной ситуации*, что дает пациенту возможность для соответствующего *катарсисного высказывания*.

Эти четыре формы вмешательства, по данным наших исследований, представляют эффективные формы поддерживающей терапии в стационаре. Мы подчеркиваем, что такие специальные формы фокусирования на проблемной ситуации, особенно для хронически больных с зависимым от болезни конфликтом, применяются несравнимо чаще, чем общепринятые формы психотерапии.

Системные (семейные или парные) психотерапевтические формы

Для части пациентов, осмотренных службой консультативного взаимодействия, предлагаются дополнительно от одного до трех системных первичных интервью (см. с. 157), к которым в последующем присоединяются и их родственники. Эти беседы преследуют следующие цели:

1. Получение расширенной *дополнительной информации* о семейных или парных взаимоотношениях. Такая дополнительная информация путем системного собеседования значительно увеличивает эффективность поддерживающей единичной психотерапии.

2. *Значительное смягчение межиндивидуальных реакций взаимодействия* внутри семьи или в парных отношениях у хронически больных. Реактивно-межиндивидуальным взаимодействием называется такой вид симбиотического слияния, вследствие которого члены семьи или партнеры так сильно погружаются в страдания пациента, что граница между пациентом и членами его семьи или партнером размывается и становится хрупкой. При этом возможен циркулярный опрос (анкетирование) с целью улучшения и смягчения межличностной динамики в семье и установления новых соотношений близости/дистанцирования.

3. Мобилизация семейных и парных *ресурсов* на основе *опоры на положительное*. Источником опоры на положительное является исключительная поддержка терапевтом общего климата взаимности и сокрытие от пациента кажущихся негативными сторон поведения членов семьи или партнера с целью уменьшения возможности конфронтации. Позднее возможно выявление скрытых ресурсов, мобилизующих склонность к симбиотическому слиянию, например готовности к самопожертвованию, радости соучастия, готовности к печали и т. д.

Парное собеседование заметно дополняет эффективность поддерживающей психотерапии. Общим эффектом поддерживающей единичной и семейной психотерапии является стабилизация самооценки, освобождение от страха, а также помощь в реалистическом отказе от погружения в болезнь и возникновении необходимой для лечения и контактов уступчивости.

Приложение

Проблемные пациенты

и междисциплинарные объединения

Имеется гетерогенная группа пациентов, выявляемых особенно при внимательном обследовании их службой консультативного взаимодействия, которые *искусственно манипулируют соматическими расстройствами*. Эта относительно новая категория психосоматических расстройств встречается у пациентов, привлекающих внимание врача правдоподобными соматическими симптомами, которые продуцируются самодеструктивными актами с целью реализации статуса больного. Эта группа пациентов описывается понятиями — «искусственная болезнь» или, другими словами, «*ненастоящее заболевание*», так называемый «*синдром Мюнхгаузена*».

Типичным примером искусственной манипуляции соматическими расстройствами является медикаментозно обусловленная гипогликемия (вследствие злоупотребления антидиабетическими средствами), кровотечение (вследствие злоупотребления антикоагулянтами) и понос (вследствие злоупотребления слабительными). Кроме того, сюда относятся манипуляции пациентов с собой — например, массивная анемия после самопроизвольной венесекции, намеренная инактивация конечностей с последующим остеопорозом. Некоторые пациенты, в конце концов, добиваются оперативного вмешательства («влечение к операциям») посредством жалоб на сильные боли в животе или искусственного нарушения целостности заживших ран; сюда же относится симуляция лихорадки путем манипуляции с термометром. У этих пациентов часто диагностируются тяжелые личностные расстройства, и прежде всего *пограничные личностные расстройства* (см. с. 114). Психодинамически определяется первичная глубоко выраженная утрата объекта (см. с. 121), которая воспринимается как эмоциональная катастрофа и для пациента проявляется в недостаточности душевного механизма преодоления конфликтов с выраженным *чувством оторванности от корней* и интенсивным подъемом фрустрационно-агрессивных стремлений. Это чувство оторванности от корней, в конечном итоге, аккумулируется в *хронически-дисфорическое настроение* с оттенком страдания, в связи с чем пациент не видит других возможностей для психического облегчения, нежели искусственное заболевание по формуле «бегство в болезнь». В клинической повседневности становится очевидным, что свою тяжелую, обусловленную лишением объекта, фрустрационную агрессию пациенты направляют на *проективный перенос*, в связи с чем соответствующая диагностическая беспомощность группы врач—медсестра—обслуживающий персонал воспринимается ими как «триумф».

В период первичного психосоматически-психотерапевтического контакта может внезапно возникнуть конфронтация, являющаяся следствием появившегося у пациента чувства, что его «уличили». Терапевту следует избегать проявлений такого недоверия, так как это может усилить возбуждение пациента. В большинстве случаев в рамках первичного контакта с пациентом службе консультативного взаимодействия рекомендуется непрямая конфронтационная работа на базе психодинамически ориентированного собеседования. Следует сделать попытку установить поддерживающую психотерапевтическую рабочую взаимосвязь, обращая во время диалога внимание на соматические симптомы без намека на понимание их искусственного происхождения. Целью этих терапевтических действий является ступенчатое и мотивированное раскрытие пациента для регулярного долгосрочного психотерапевтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Balck F., U. Koch, H. Speidel: Psychonephrologie. Springer, Berlin 1985.
Bräutigam W.: Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Springer, Berlin 1988.
Deutsch F.: The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. University Press, New York 1953.
Eckhardt A.: Das Münchhausen-Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München 1989.
Klapp B.: Psychosoziale Intensivmedizin. Springer, Berlin 1985.
Künsebeck H. W., W. Lempa, H. Freyberger: Die Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten. Dtsch. med. Wschr. 109 (1984) 1438–1442.
Stuhr U., A. Haag: Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatistischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother. med. Psychol. 39 (1989) 273–281.

24 Психологическая сексуальная медицина

Цель обучения

Знакомство с расстройствами сексуального цикла в форме желания, возбуждения, оргазма, удовлетворения; значение сексуальности в течение жизни и в соматической медицине.

Определение

Сексуальная медицина — не специальное направление, но один из аспектов общей медицины. Этот вопрос имеет значение для интегративных лечебных и профилактических действий всех врачей соматической и психологической медицины.

Сексуальная медицина является большим разделом психологической медицины. Сексуальность рассматривается не только в узком смысле, как функциональный процесс, но, прежде всего, как область переживаний, в которой вместе с партнером достигается удовольствие и интимность. Сексуальная медицина рассматривает человека не только как действующее существо, но также как любящее, склонное к игре, нуждающееся в близости, тепле и защите и очень сексуальное, и вследствие этого чрезвычайно конфликтное существо.

Сексуальная медицина слабо развита в ФРГ: образование и повышение квалификации в этой области недостаточны; исследования показывают, что плохое обеспечение медицинской помощью в области сексуальных расстройств, приводящее к личной и партнерской неудовлетворенности, связано с недостаточной компетентностью врачей при сексуальном консультировании. Психиатрия также длительное время не проявляла интереса к функциональным сексуальным расстройствам, за исключением сексуальных отклонений, хотя 90 % такого рода пациентов нуждаются в советах и терапии.

Сексуальность как психологический процесс: сексуальное желание, возбуждение, оргазм, удовлетворение

Сексуальность проявляется в форме эротического воображения и стимулируется кожным контактом. Специфичность переживания сексуальности состоит в решимости не только на телесную, но и на эмоциональную обнаженность. Сексуальность может не только доставлять радость, но и причинять неудовлетворенность. Если удастся достичь перемещения интрапсихического и возникающего при соблазнении партнера возбуждения на соматические, прежде всего генитальные, реакции, то партнерские реакции достигают оргазма. Неудачи гетеросексуальности возникают из того же обстоятельства, что и ее возможность, т. е. из различия между полами. Все высказывания о сексуальности полны размышлений о значительном различии между мужской и женской сексуальностью. Источником конфликтов может служить противоположность «ориентации на цель» у мужчин и ориентации на партнера у женщин, а также доминантные стремления у мужчин в противоположность стремлению к самоопределению и самостоятельности у женщин.

Сексуальные реакции в узком смысле слова включают в себя возбуждение и оргазм. Сексуальное возбуждение манифестирует генитально-психологическим приливом крови. У женщин это обеспечивает смазку вагины для подготовки к приему полового органа. Эрекция — сложный процесс, во время которого вследствие наполнения кровью кавернозных тел и механического уменьшения венозного оттока возникает важный механизм повышения тонуса гладкой мускулатуры кавернозных тел и артерий полового члена. Оргазм генитально-психологически заключается в ритмическом сокращении, охватывающем мускулатуру (поперечно-полосатую) пениса и вагины. Оргазм у мужчин имеет две фазы: эякуляция, заключающаяся в выделении семени при сокращении отводящего семенного протока, что является причиной второй фазы (не распространяющейся на женщин) — последующей рефрактерности (невосприимчивости).

Сексуальное желание способствует возникновению сексуальной реакции, сопровождающей и направляющей сексуальное возбуждение на соответствующее сексуальное поведение, являющееся важной предпосылкой достижения удовольствия, наслаждения и удовлетворения. Разлад в сексуальном поведении является наиболее частым основанием (и проявлением) конфликта между партнерами, который следует постоянно контролировать, чтобы усилить недостаточное или уменьшить избыточное желание. Как теоретически, так и практически важно различать отдельные компоненты сексуального желания (Levine, 1988). Инстинктивный компонент включает в себя спонтанное эндогенное возбуждение и возрастание сексуальной привлекательности (генитальные ощущения, изменение восприятий, фантазии и мечты, поиск сексуальной деятельности). Имеются также осознаваемые компоненты сексуальных желаний (жизнерадостность, стремление к подтверждению своего чувства, повышение коммуникабельности, чувство влюбленности, более выраженное у мужчины или у женщины стремление доставить удовлетворение партнеру). Наконец, сексуальная мотивация привносит важный компонент в психодинамику пациента и в характер парных взаимоотношений. Многочисленные несексуальные мотивы исходят из сексуального поведения или уклонения от него: требования силы и обладания, враждебность, ссыла на работу как отказ от интимности, заполнение душевной пустоты или снижение чувства напряженности, перенесение на партнера родительских свойств и т. д. Когда сексуальные проблемы вынуждают прибегать к медицинской помощи, следует

сделать вывод об отщеплении от сексуального желания, как единого феномена, хотя бы одного компонента (например, когда несмотря на наличие влечения и желания оно не встречает соответствующей сексуальной мотивации у партнера или когда у стареющего мужчины преобладают сексуальные желания).

Сексуальность в биографии

Сексуальность играет роль интегрирующего начала в *становлении личности* и может быть причиной, вызывающей страдание, когда ранний детский конфликт является болезненным пунктом в личностной структуре. Сексуальность развивается из переживания *ранних взаимоотношений* и позднее выражается в способности к взаимоотношениям. От раннего детского развития сексуальность дифференцируется в следующих измерениях: с одной стороны, это чувство половой принадлежности и *идентификация с половой ролью*, с другой стороны — *сексуальное ориентирование* и возбудимость.

Основное впечатление от раннего опыта интимности и ухода, основанное на доверии и достойное доверия, близость как тренировка избавления от непереносимого страха делает не столь разрушительными агрессивные импульсы. Отсюда следует сделать вывод о том, что сексуальное удовлетворение является аспектом общей личностной способности к переживанию удовлетворенности.

Процесс отделения от симбиоза, индивидуализации и фаза повторного сближения как основа для последующей интеграции личности и его нарушения имеют, кроме того, значение для транссексуального и пerversного развития. Конфликт в оральной, анальной и фаллической фазе развития может отразиться на взрослой сексуальности. Генитальные чувства с их развязкой и функцией фантазирования могут способствовать автономизации личности или служить исходным пунктом для развития механизмов сексуальной защиты.

Разрешение *эдиповой фазы* с ее колебаниями между чувством близости и соперничества с родителями сексуальными партнерами воспринимаются не иначе, как инцестуальные переживания. Как результат вытеснения, торможения, стремления к уменьшению запретов и бессознательных фантазий происходит изменение формирования и интеграции индивидуальной сексуальности.

С этого момента и в последующем укрепляется идентификация с полом и преимущественный выбор объекта. Становление своей половой принадлежности сопровождается, однако, страхом и неуверенностью; формируется понятие совести, развивается также и связанный с чувством совестливости и стыда страх сексуальности (особенно для девочек), ассоциируемый с опасностью, чувством вины или отвращения.

В пубертатном периоде и юношестве происходят не только глобальные соматические изменения с генитализацией самоотражения и соответствующей интеграцией переживаний, но и переход на новый уровень конфликтообразования с переработкой понимания своего места в жизни. Самоуважение и способность к интимности с партнером могут сочетаться друг с другом, как и тесное переплетение сексуальности и личности. Гомосексуальные и девиантные импульсы могут носить характер преходящих экспериментов, или, будучи подготовленными психодинамически, эти желания могут быть сформированы после получения соответствующего совета.

Врач должен взаимодействовать в напряженном поле между сексуальной моралью взрослых и направленной на свободу и равенство, ориентированной на любовь и партнерство сексуальной моралью юношей. Отсюда вытекают не только повышен-

ные требования к сексуальности как в плане партнерства, так и в помощи советом и консультациями, но и появление новых проблем, связанных с легким, «поверхностным» характером сексуальности и с соответствующим страхом отказа от сексуальных отношений. Советы, по применению контрацептивов — очень важная тема, связанная с общим сексуальным консультированием; при этом врач должен знать, пользуются ли молодые люди при половом общении рекомендованными им контрацептивными средствами или нет.

Взрослый возраст с его профессиональными проблемами, задачами поиска партнера и заключения партнерского союза представляет широкий спектр сексуальных проблем. Среди них большую роль для женщин играет конфликт между удовольствием и функцией продолжения рода. Они прерывают получение удовольствия для предотвращения беременности даже после рождения первого ребенка и лишь значительно позже прибегают к советам, касающимся контрацепции. Даже при согласии на связь и выполнении своих новых обязанностей при сокращении возможности самореализации женщина не понимает, почему происходит отключение ее сексуальности и потеря ею сексуальной инициативы. Дети также могут вызвать торможение сексуальности. Понятно, что самооценка партнера может быть достаточно глубокой, когда вообще сексуальные проблемы находятся во взаимосвязи с психодинамикой каждого из партнеров и партнерство требует их понимания.

Для **старения и старости** характерно положение, когда сексуальная активность и сексуальные интересы остаются достаточно высокими при относительном здоровье и наличии интересного и проявляющего интерес партнера. Однако если во взаимоотношениях пары повторяются отказы от близости, это может вызвать обострение соответствующей проблематики, рост враждебности и неприязни, что вместе с редукцией жизнерадостности и привлекательности, а также потерей соответствующего положения в профессиональной области может вызвать тяжелую степень утраты сил. У обоих полов старение сопровождается снижением частоты сексуальной активности, сексуальные реакции замедляются, ограничивается их интенсивность, да и само качество полового удовлетворения в позднем возрасте изменяется.

Изменение сексуальности частично обусловлено соматическими причинами. Относительно меньше выражено такое изменение у женщин (уменьшение смазки и атрофия вагинального тракта, а также независимое от этого снижение полового желания). Значительно больше выражено снижение половой функции у мужчин: существенное увеличение времени наступления эрекции, уменьшение упругости эрекции, усиление зависимости от прямой стимуляции полового члена, в том числе и помощь партнера при недостаточной эрекции; ограниченный эякуляционный поток, менее интенсивный оргазм, значительно более продолжительная рефрактерность.

Если сексуальная связь с самого начала находится в равновесии с сексуальностью и сопровождается взаимной нежностью, то она не вызывает каких-либо проблем и не требует обогащения. В прямом смысле не существует также и возрастной сексуальности: каждый со своей собственной сексуальностью становится в равной степени более старым.

Сексуальность и соматическая медицина

Множество болезней и вызванных ими нарушений, хирургические вмешательства, применение фармакологических препаратов имеют повреждающее воздействие на сексуальность: частично — на сексуальные реакции, чаще — на сексуальные желания.

К тому же существует предубеждение, что болезнь или связанное с болезнью нарушение имеет отношение к сексуальности вообще, без каких-либо рамок. На самом же деле *уменьшается потребность пациента в генитальной ориентации и половой деятельности*, тогда как возрастает необходимость в тепле, близости и кожном контакте. Некоторые заболевания и/или их лечение сопровождаются нарушениями сексуальности неспецифического характера вследствие плохого общего состояния, болей или неприятных ощущений, а также вследствие озабоченности и занятости, связанных с болезнью и лечением. Мастэктомия или стоматологические расстройства, к примеру, могут быть причиной возникновения сексуальных проблем вследствие воздействия на самоотражение и самооценку и уже вторично на сексуальные связи. Специфические и неспецифические факторы и психическая переработка болезни с их значением для самочувствия и жизнерадостности, перспективы будущего в партнерских взаимоотношениях возникают многократно, как, например, выраженные сексуальные расстройства при хроническом поражении почек. В настоящее время известно большое число специфических нарушений сексуальности при эндокринных, нервных, сосудистых и нейрохимических (например, зависящих от приема фармакологических средств) расстройствах и повреждениях. При этом по-прежнему существует большой исследовательский интерес к сексуальным расстройствам у мужчин, и прежде всего относительно расстройств эрекции.

Многофакторные причины. Часто случается, что один соматический частичный фактор отражается лишь на определенной стороне биографии и партнерских отношений и вместе с тем является причиной сексуальных нарушений. Необоснованным является имевшее место в прошлом убеждение о преимущественном психогенезе функциональных сексуальных расстройств и о том, что они, прежде всего, проявляются в нарушении эрекционной функции. Также научно не обосновано и мнение о том, что каждый бросающийся в глаза соматический симптом является причиной сексуальных нарушений. Как вытекает из мультифакторной причинной концепции, каждый патогенетический фактор меняет свою ценность, преобразуясь в индивидуальном случае. Примером могут служить обусловленные сосудистыми и неврологическими факторами нарушения эрекционной и эякуляционной функции при диабете, которые в равной степени подвергаются различной переработке, а также взаимодействия между гипертонией, гипотензивными средствами и психическими факторами, нарушения сексуальности при инфаркте миокарда, после резекции простаты, гинекологических вмешательствах и др.

Побочные действия фармакологических средств на сексуальность столь многочисленны, что при каждом случае сексуальных нарушений следует знать, какие медикаменты принимает пациент. При этом особое внимание следует обращать на гипотензивные, сердечные средства, диуретики, транквилизаторы и снотворные, которые имеют различный механизм побочных действий. При применении *Sypoteron* (*Androcur*) наблюдается сильный антиандрогенный эффект, так же как и при применении глистогонных или средств против запоров; в более мягкой форме это выражается при применении средств, снижающих содержание липидов, глюкокортикоидов, аллопурина и др.

Исследование этих побочных явлений затруднено в связи с тем, что от них страдают далеко не все пациенты, а также из-за того, что действие многих фармакологических средств носит комплексный характер и их специфическое и центральное воздействие на сексуальность едва различимо. К тому же взаимоотношения при основ-

ных заболеваний (особенно психических) так сомнительны и рискованны, что половые контакты носят очень запутанный характер.

В отношении шизофрении известно, что, с одной стороны, психотические симптомы часто сдерживают сексуальность, а с другой стороны, нарушение взаимоотношений часто проявляется в расстройстве сексуальных функций. Наконец, известно о воздействии на сексуальную функцию нейролептиков, которые обладают не только антиадреналовой и антихолинэргической функцией, но, прежде всего, являются антидопаминовыми препаратами и вследствие этого повышают уровень пролактина. Относительно тиоридазина (Thioridazin, меллерил) известно, что длительное применение высоких доз этого препарата вызывает удлинение времени оргазма или торможение выделения семени, а *Benperidol*, *Glanipon* тормозит сексуальные желания. Побочные действия тимолептиков на сексуальную функцию особенно тяжело определить, так как снижение сексуального желания и сексуальных потребностей является симптомом депрессии.

Алкогольная и лекарственная зависимости являются особенно четким примером мультифакторных причин сексуальных расстройств.

Соматические факторы при периферической и вегетативной полинейропатии, нарушениях церебрального обмена веществ и эндокринных изменениях с гонадотрофией нарушают способность к половой связи. Кроме того, большое значение имеют психологические факторы, прежде всего, прогрессирующая деструкция самооценки, взаимоотношения с партнером и профессиональная ситуация с их неизбежным влиянием на сексуальность.

Диагностика и терапия нарушений эрекционной функции в настоящее время полностью находится в руках урологов. Стандартные методы дифференцирования психогенных и соматогенных причин заключаются в регистрации способности к набуханию кавернозных тел, оставляя на заднем плане контроль за эрекционным механизмом. Зависимая от дозы способность к ригидности полового члена достигается путем интракавернозной инъекции смеси папаверина и фентоламина (а с недавних пор — простогландина E-1), преграждающих артериальный, венозный и кавернозный отток и влияющих на невральную функцию. Лечебный метод заключается в выборе из многих вариантов инъекций, тогда как психологический аспект и партнерские отношения остаются за рамками рассмотрения, за исключением разве что комбинации инъекционной техники с психотерапией. В связи с опубликованием тысяч примеров такого рода случаев интерес пациентов заключается лишь в механическом аспекте эрекции, и большая часть пациентов, будучи убеждены в соматической причине своего страдания, отказываются от соответствующего психотерапевтического лечения. Кроме того, наши сексуально-психологические познания относительно стареющих мужчин еще весьма незначительны.

Таким образом, при необходимом учете соматических факторов внимание врача должно концентрироваться на психологических аспектах происхождения и терапии сексуальных нарушений в соматической медицине.

ЛИТЕРАТУРА

- Bähren W., J. E. Altwein: Impotenz. Thieme, Stuttgart 1988.
Bancroft J.: Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Enke, Stuttgart 1985.
Bräutigam W., U. Clement: Sexualmedizin im Grundriß. 3. Aufl. Thieme, Stuttgart 1989.
Hertoft P.: Klinische Sexologie. Deutscher Ärzteverlag, Köln 1989.
Kockott G.: Männliche Sexualität. Hippokrates, Stuttgart 1988.

Kockott G.: Weibliche Sexualität. Hippokrates, Stuttgart 1988.

Levine S. B.: Intrapsychic and individual aspects of sexual desire. In: Leiblum S. R., R. C. Rosen. Sexual Desire Disorders. Guilford, New York 1988.

Porst H.: Erektile Impotenz. Enke, Stuttgart 1987.

25 Сексуальные проблемы и расстройства

Цель обучения

Знания о нарушениях сексуальной функции у мужчин и женщин в аспектах их реализации и получения наслаждения, об их частоте и значении в отношениях полов.

Классификация

МКБ-9: 302.7

МКБ-10: F52.0–F52.9

DSM III-R: 302.70–302.76; 302.79; 306.51

Определяющие понятия и классификация

Сексуальные функциональные расстройства в МКБ-9 включены только в диагностическую позицию «фригидность и импотенция». Это описательное и неполное понятие обобщенно отражает сексуальные расстройства и проблемы как дефицит желания и чувства наслаждения у женщин и как нарушения сексуальной активности и ее реализации (способности к сохранению эрекции и контролю за эякуляцией) у мужчин.

Сексуальные функциональные расстройства относятся к аспекту субъективных переживаний и генитально-психологических реакций и охватывают сексуальные желания и сексуальные реакции.

DSM III-R и МКБ-10 основаны на единой классификации, исходящей из трех-фазной концепции Karplans (1981): желание—возбуждение—оргазм. При этом не принимается во внимание, что желание есть нечто большее, чем фаза, предшествующая сексуальной реакции: она представляет «энергетический потенциал» и является источником удовлетворения.

— *Нарушение сексуального интереса* указывает на недостаточность или лишение сексуальных желаний (при слабости сексуальных фантазий) и, вместе с тем, недостаточность сексуального удовлетворения. Сексуальная неприязнь — это сильная мотивация, которая может быть не сексуальной, но иметь фобическое выражение.

— *Нарушения возбуждения* могут свидетельствовать о субъективных сексуальных переживаниях или торможении генитальных реакций (в редких случаях — недостаточности вагинальной смазки и значительно чаще — нарушении эрекционной функции).

— *Нарушения оргазма* в соответствии с дефиницией означают, что при наличии сексуального возбуждения оно не может завершиться оргазмом. У мужчин оргазм тормозится очень редко, у женщин — часто, причем он отмечается при коитусе, стимуляции и самостимуляции. Преждевременная эякуляция исходит из неспособности контролировать эякуляционный рефлекс.

— Вагинизм есть защитный рефлекс вагинальной мускулатуры и может вместе с неспособностью к половому контакту рассматриваться как *расстройство с сексуаль-*

но обусловленной болью или как особая форма сексуального (коитусального) избегания. При диспареунии — неспособности к половому контакту — как нарушении эрекции тяжело оценить относительное значение психических и/или органических факторов.

Сексуальные функциональные расстройства могут быть *первичными*, предуготованными и *вторичными*, не возникавшими до определенного времени; *общими* или *частичными ситуационно обусловленными* (например, зависимыми от партнера), психически или органически обусловленными.

Первичное нарушение эрекции у юношей, встречающееся только при контактах с партнером или только во время коитуса, связано с возникшей ранее психогенией.

Вторично возникающие нарушения эрекции у стареющих мужчин, состоящих в длительной связи, появляющиеся постепенно и охватывающие все физиологические источники эрекции, говорят, в первую очередь, об органических факторах, а также об их возможной комбинации с утратой сексуальных желаний. С другой стороны, если стареющий мужчина при утрате партнера, с которым он состоял в длительной связи, утрачивает эрекционную способность с новым партнером, то следует искать не только ситуационную обусловленность, но также и компенсированные ранее органические факторы.

Взаимосвязь между сексуальными функциональными расстройствами и определенными личностными чертами недостаточно изучена. Прежде всего, здесь имеет место предшествующий страх; чрезмерная сексуальная ориентация на половой акт; чувства, возникающие при повторных отказах; обусловленная опытом, конфликтами или рациональными факторами отрицательная установка в отношении сексуальности. Сексуальные функциональные расстройства не так уж часто сопровождаются другими психическими нарушениями. Чаще всего встречается боязнь отказа, навязчивое самонаблюдение и повышенная восприимчивость к ответным реакциям сексуального партнера, что может сопровождаться сильным ограничением функциональной способности, удовлетворения и способности к коммуникации с партнером с последующим развитием сексуального избегания. Уменьшение сексуального желания может быть (у женщин чаще, чем у мужчин) проявлением реакции на каждое функциональное сексуальное нарушение, однако нередко оно является первичной проблемой и стимулирует другие функциональные расстройства, что становится ясным после успешного лечения.

Частота заболеваний

При обращении за советом или лечением по поводу функциональных сексуальных нарушений у мужчин на первом месте стоят нарушения эрекции, сопровождающиеся преждевременной эякуляцией; у женщин — недостаточность сексуальных потребностей и сексуальной возбудимости, менее часто — нарушения оргазма. Разумеется, имеются не только предпосылки преодоления неудовлетворенности и страдания, но и перспектива получения шансов в поисках помощи.

О частоте функциональных сексуальных расстройств среди населения невозможно получение открытых сведений, соответствующие исследования малорепрезентативны, и судить о сексуальных отклонениях в последние десятилетия не представляется возможным. Следует помнить, что сексуальные расстройства не только поражают чувство удовлетворенности, но и оказывают сильное влияние на эмоциональную атмосферу взаимоотношений. Проведенный нами опрос пациентов показал, что до 10 % женщин не испытывают коитусального оргазма и до 20 % отмечают у себя

недостаточность сексуального желания. До 30 % мужчин свидетельствуют о слишком быстрой эякуляции, что, однако, не отражается на их сексуальности. Увеличение расстройств эрекции в зависимости от возраста давно известно. Несмотря на то что в оценке частоты сексуальных проблем в населении нет единства, мы отмечаем резкое увеличение обращений за помощью в связи с нарушениями эрекции. Оценка частоты этих обращений различна (DSM III-R называет 8 % молодых людей).

Сексуальные различия между мужчинами и женщинами

Изменения различий и соотношений между полами в прошедшие десятилетия свидетельствуют, что сексуальное консультирование в общем зависит от различных социальных условий и оценочных представлений. Тенденция выравнивания полов после длительного однозначного преобладания мужской активности изменила пассивно-регрессивную позицию женщин.

Биологические различия являются лишь «необработанным материалом» для сексуальной социализации. Девушки, чьи генитальные реакции менее зависимы от сексуальных стимулов и не имеют такой прямой связи с ними вследствие анатомических особенностей, легче подвергаются социально-репрессивному влиянию. При обязательном коитусе женщины получают меньше прямой (клиторальной) стимуляции, чем мужчина, несмотря на то что «проникновение» и «прием в себя» (иначе говоря, процесс проникновения) имеет более разнообразный спектр переживаний. С другой стороны, при оптимальной стимуляции женщины в значительно большей степени способны к многократному оргазму, тогда как оргазм у мужчин завершается рефрактерной фазой, которая сопровождается сексуальной непривлекательностью. Очевидно, что легкая тормозимость оргазма во время сексуального взаимодействия из-за неприятных ощущений и способность к сексуальному фантазированию (в том числе и мазохистскому) для ассоциирования его с сексуальным удовольствием биологически обоснована.

Различия в сексуальной социализации. Если мужчины более инициативны и склонны к сексуальным действиям, то девушки целенаправлены на чувства и привлекательность, обнаруживают тенденцию к доминированию сексуальных фантазий, повышению самооценки и визуальной ориентации на них и акценту на восприятие их привлекательности, а также эмоционально-тактильной ориентации на противоположный пол. Отсюда следует, что для большинства мужчин сексуальное возбуждение легко возникает при соматической доминанте и гетеросексуальность кажется им значительно более ценной, чем гомосексуальные тенденции по типу «между нами, мужчинами».

Несмотря на то что способность реагировать на оптимальное сексуальное стимулирование, в общем, не очень отличается у мужчин и женщин, женщины имеют более ограниченный и реже возникающий интерес для поиска сексуальных стимулов. С другой стороны, женщины, для которых эмоциональные проблемы и проблемы, связанные с сексуальным желанием, имеют больше влияния на сексуальные связи и их частоту, в отличие от мужчин, не расценивают сексуальную неудовлетворенность как проблему. Если сексуальные проблемы и расстройства встречаются чаще у женщин, чем у мужчин, то это обусловлено не природными причинами, но социокультурными факторами в партнерских отношениях. Вообще, такие расстройства имеют меньше шансов для возникновения у замужних женщин, чьи сексуальные потребности развиваются и это соответствующим образом оформляется в сексуальных взаимосвязях. Правда, женщины нового поколения придерживаются мнения, что они

могут получить шанс заболеть сексуальными расстройствами, если не будут служить объектом раздражения для мужчин. Очевидно, однако, и это вряд ли подвергается сомнению, что женская сексуальность зависит от характера отношений, и эта зависимость от отношений подвержена сильным беспокоящим влияниям.

Типичные виды нарушений взаимосвязи

Из различия и соотношения полов вытекают типичные для сексуальной связи ситуации риска, из которых возникают, усиливаются и расширяются проблемы и расстройства, не только распространяющиеся на конечный результат половой связи, но в большей или меньшей степени способные вызвать общее снижение сексуальности. Пары, чья сексуальная активность во время полового акта сопровождается достаточным для женщины стимулированием и заканчивается удовлетворением для нее, отличаются от тех пар, в которых женщина оценивает половую связь как способ удовлетворения партнера и оценивает ее лишь как чувство интимности.

Незначительный и редкий спонтанный сексуальный интерес некоторых женщин, способных, однако, к сексуальным реакциям, может привести к поляризации активности и пассивности в половых связях и сильному расхождению в отношении желательности их частоты, что нередко приводит к уменьшению способности к сексуальной реакции и тягостному чувству того, что их «использовали». Избегание сексуальных контактов для них может быть причиной повышения требовательности партнера, что, в свою очередь, усиливает избегание.

Некоторые мужчины со склонностью к преждевременной эякуляции могут встретить партнера, который, со своей стороны, испытывает трудности в получении оргазма при коитусе. Их сексуальные контакты могут усиливать проблемы обоих партнеров, особенно когда оба считают единственно желательным достижение обоюдного и одновременного оргазма во время коитуса.

У некоторых мужчин имеются проблемы с легкостью возникновения эрекции. При встрече с женщиной возникает эрекция как доказательство ее привлекательности, что немедленно сопровождается мануальной стимуляцией пениса. Это выглядит как отсутствие мужской силы, хотя, в противоположность полным импотентам, такие мужчины нуждаются в уменьшении сексуальности. Поэтому может случиться, что сексуальные возможности таких мужчин ограничены вследствие того, что еще до наступления полового акта достигается оргазм с последующей неспособностью к сексуальному возбуждению.

Расстройства у мужчин

Нарушения эрекции так сильно удручают мужчин в связи с тем, что мужественность и способность к сексуальной деятельности оцениваются, прежде всего, выраженностью и продолжительностью эрекции. Частично для снятия обвинений в этом отношении, частично исходя из эмоциональной неспособности к интроспекции, чаще всего принимаются во внимание органические причины этих расстройств. Боязнь отказа и повышенная потребность удовлетворить партнера, которые так часто усугубляют нарушения эрекции, не дают оснований для дифференциации с соматогенной версией происхождения этого расстройства. Наличие утренней и связанной с мастурбацией эрекции при коитусальной недостаточности также ограничивают точку зрения об органическом генезе расстройства. Широкие и интенсивные исследования спектра расстройств эрекции не дают достаточных оснований для их типизации; в лучшем случае мы устанавливаем различие между юными мужчинами, чья сексуальная функ-

ция может быть ограничена психическими факторами риска, и стареющими мужчинами, у которых психические и соматические факторы риска комбинируются. Первоначальные нарушения эрекции юных пациентов сочетаются часто с эрекцией в неактуальных ситуациях, возникают при отказе от близости или непосредственно перед введением полового члена и могут быть связаны с выраженным страхом сексуальной несостоятельности или боязнью насмешки партнера. Для того чтобы понять причину критического пункта эрекции в сексуальном акте, необходимо преодоление страха или объяснение психической обусловленности данной несостоятельности.

В случаях, когда длительная функциональная состоятельность, нередко носящая автоматический характер, у стареющих мужчин сменяется постепенным уменьшением напряженности полового члена во время эрекции, а затем прекращением эрекции при половом акте и отсутствием эрекции в некоитусальных ситуациях, большое значение имеет постепенное снижение полового желания.

Преждевременная эякуляция является неуточненным определением для функциональных расстройств, проявляющихся в *неспособности к контролю за эякуляцией*, обусловленной (часто вследствие страха) приглушением восприятия преорганических ощущений. Это нарушение может быть причиной страдания, при котором коитус становится невозможным вследствие отсутствия эрекции. У очень молодых людей преждевременная эякуляция встречается при сильной эрекции, у пожилых она бывает не так часто, сопровождается постепенным снижением способности к эрекции и уменьшением временного интервала между достижением эрекции и эякуляцией. Преждевременность уменьшает сексуальность, что усиливает расстройство. Является ли уменьшение контроля за эякуляцией чисто психологическим расстройством или оно связано с вегетативной предрасположенностью (так же, как и эрекция лабильность) — этот вопрос до сих пор остается открытым.

Урежение **коитусального оргазма** или **торможение эякуляции** угнетает сексуальную связь, что сопровождается уменьшением привлекательности партнера и делает коитус утомительным. Кроме способности затягивать эрекцию, такое расстройство может сосуществовать с дефицитом возбудимости. Это часто объясняется девиантной фиксацией фантазии, которую не может имитировать партнер.

Нарушение половых желаний в гетеросексуальных связях упирается в проблему сексуального ориентирования и заставляет предполагать наличие девиаций. Первичная недостаточность и вторичное снижение полового желания могут быть соматически обусловлены. Часто встречаются избирательное, ситуационное и независимое от партнера торможение (и возрастание) полового желания: сексуальное желание уменьшается при длительной партнерской связи или при отсутствии единства душевных качеств и любви и вновь увеличивается при общении с юной любовницей. Когда возникают проблемы при гиперсексуальности мужчины и достаточной силе полового желания у женщины, следует сделать вывод, что в сексуальные отношения привносятся несексуальные мотивы.

Расстройства у женщин

Сексуальные расстройства у женщин так же эмоционально зависимы, как и у мужчин, поэтому их нелегко разграничивать. Основа такого разграничения лежит в выраженной зависимости женской сексуальности от отношений и определенном значении, которое придают женщины нежности и мягкости в сексуальных отношениях при сильной тенденции к расширению и прогрессивности сексуальных расстройств.

По крайней мере, как рабочая гипотеза, подтверждаемая опросами женщин, представляет интерес теория, что женская сексуальность (значительно более отчетливо, чем мужская) имеет два различных измерения. Одно измерение характеризуется *оргазмоистической составляющей*, другое — сексуальным *удовлетворением* от близости к партнеру (часто включая и коитус). Эти измерения могут сочетаться скорее в позитивном, нежели в негативном взаимодействии.

Сексуальная неприязнь (антипатия) может быть общей конечной дистанцией прогрессивных или хронических расстройств сексуальных связей или дефицитарным переживанием собственной сексуальности. Это неизбежно приводит к сексуальной регрессии или уменьшению сексуальности. Сексуальная антипатия в большей или меньшей степени может сопровождаться гневом и агрессией, неприязнью и отвращением, а также страхом. Негативный аффект, особенно страх, может быть столь интенсивным и «иррациональным», что в таких случаях можно говорить о сексуальной фобии. Это (редко) может касаться соответствующих сексуальных функций, причинно связанных с характером конфликта как изолированного аспекта сексуальности — такого, как коитус, мужская грубость и резкость, эякуляция, генитальное стимулирование и др.

Уменьшение сексуального желания проявляется часто в уменьшении возбудимости и удовлетворенности, не исключая даже восприимчивости. Сексуальные мысли, мечты или фантазии переживаются либо недостаточно полно, либо как нереализуемые. За желанием «полностью отказаться от сексуальных отношений» нередко стоит болезненное чувство, вследствие которого эта область переживаний полностью отсекается и даже партнер, высоко оценивающий и уважающий эту женщину, встречает с ее стороны только негативно звучащую душевную пустоту. Сексуальные отношения, к которым они холодно относятся, состоят для этих женщин лишь в чувстве обязанности находиться в распоряжении партнера. Сексуальные требования и соответствующее отношение партнера встречают часто сексуальную неприязнь и уклонение от контакта, а собственно половой акт сопровождается агрессивно окрашенной пассивностью и равнодушием. Торможение полового желания может быть первичным, возникать позже в течение сексуальной жизни или иметь отношение к определенному партнеру.

О расстройствах возбудимости говорилось выше, когда описывались нарушения полового желания. Это недостаток способности раствориться, испытать связанные с сексом и исполненные желания ощущения: возбуждение либо не приходит, либо является лабильным и преходящим; в генитально-психологической манифестации оно сопровождается недостаточностью сексуального наслаждения и чувством неудовлетворенности. Иногда в таких случаях достаточна генитальная стимуляция; чаще же женщина обращается к партнеру с просьбой сократить коитус. В связи с тем, что наслаждение часто снижено, редко возникающее возбуждение с требованием оргазма (для самой женщины или для ее партнера) для удовлетворения собственной потребности достигается с большим трудом. Вследствие отсутствия эмоционального удовлетворения, а также из-за стойкого превосходства партнера в отношении половой возбудимости и его сексуального эгоизма легко возникает чувство собственной ненужности.

Диспареуния — неспособность к половому акту или болезненный половой акт. Неприятные ощущения и боль при коитусе могут быть обусловлены как соматическими причинами, так и вагинальными реакциями. Часто это конечный итог повтор-

ного лишения желаний и наслаждений, а также вагинальной невозбудимости входного пути при коитусе. Нередко фобическое ожидание боли может привести врача к мысли о том, что отсутствие сексуальных ощущений, неспособность к половому акту и боль являются проявлением конверсивных реакций.

О **торможении оргазма** при мастурбации, партнер-стимуляции и при коитусе можно говорить тогда, когда соответствующий высокий уровень сексуального возбуждения достигнут и поддерживается, но недостижимость оргастического расслабления является фрустрирующим фактором. Из такого торможения оргазма, особенно при интенсивном его переживании в прошлом, может возникнуть расстройство половой возбудимости и связанное с ним общее нарушение сексуальной активности. Неспособность испытывать оргазм при коитусе (по крайней мере, без одновременной клиторной стимуляции) следует рассматривать не как расстройство, но в контексте различия психологических порогов и психологической готовности партнеров.

Вагинизм может быть первичным и вторичным, частичным или тотальным и рассматривается как специфическая форма защиты от введения полового члена, проявляющаяся в непроизвольном спазме вагинальной мускулатуры, делающем невозможным продвижение полового члена или даже тампона.

Страдающие вагинизмом женщины могут быть способны к сексуальному возбуждению и оргазму, а могут испытывать интенсивную сексуальную фобию и сексуальное избегание.

ЛИТЕРАТУРА

- Arentewicz G., G. Schmidt: Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. 2. Aufl. Springer, Berlin 1986.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM III-R / Deutsche Bearbeitung und Einführung von H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig und K. Koehler. Beltz, Weinheim 1989.
- ICD-10 in Vorbereitung (Stand. Sept. 1988, Deutsche Übersetzung des Kapitels V [F] «Psychische, Verhaltens — und Entwicklungsstörungen», H. Dilling u. a. 1989).
- Kaplan H. S.: Hemmungen der Lust. Neue Konzepte der Psychosexualtherapie. Enke, Stuttgart 1981.
- Kaplan H. S.: Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrome. Enke, Stuttgart 1988.
- Langer D., S. Langer: Sexuell gestörte und sexuell zufriedene Frauen. Eine empirische Untersuchung an Selbstdarstellungen von Frauen. Huber, Bern 1988.
- Masters W. H., V. E. Johnson: Die sexuelle Reaktion. Rowohlt, Rienbek 1970.
- Sigusch V.: Therapie sexueller Störungen. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 1980.
- Ziibergeld B.: Männliche Sexualität. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1983.

26 Причины и терапия сексуальных расстройств

Цель обучения

Знания о целях, методах и содержании сексуального консультирования и сексуальной терапии и их связи с важнейшими причинами сексуальных проблем и сексуальных расстройств.

Представляется само собой понятным, что терапия должна быть направлена на устранение причин болезни. С другой стороны, известно, что сексуальная терапия устраняет сопутствующие сексуальные симптомы и повышает чувство удовлетво-

ренности без устранения обуславливающих эти симптомы конфликтов или разрешения страхов. Такое противоречие объясняется, прежде всего, тем, что психические причины не являются единичными, простыми и имеющими линейное влияние на сексуальное поведение, но представляют сложный комплекс и весьма индивидуальны. Психотерапевтический процесс, который должен опираться на личную ответственность пары или пациента, носит эмоциональный самокорректирующий характер. Во время него происходит обучение новому опыту, и мешающие реализации сексуальности факторы соответствующим образом переживаются и перерабатываются. Задачей сексуальных консультантов и сексуальных терапевтов является коррекция эмоциональных переживаний, которая ободряет и направляет. Иногда психотерапевт играет активную роль и работает, как и при других вариантах психотерапии, в плане концентрации симптомов.

Кроме того, так же, как и в интрапсихической структуре, в сексуальных связях могут быть более поверхностные и более глубинные причины. Нам редко становится известным, какой объем расстройств коренится в глубинных страхах и конфликтах. С другой стороны, каждый симптом включает в себя отражение личности вообще и/или ее связи с конфликтом. Отсюда следует, что сексуальные расстройства через механизм самоусиления приобретают функциональную автономию, в связи с чем психологически понятная и ориентированная на конфликт психотерапия носит характер поддержки.

Возможности сексуального консультирования

Готовность пациентов к сотрудничеству в связи с характером их сексуальности, терапевтическая ценность их внимания, адекватность последующих вопросов и полнота взаимопонимания с психотерапевтом не могут быть переоценены. Предпосылкой для сексуального консультирования является сексуально-медицинская компетентность и способность в какой-то степени отрешиться от собственного торможения и личных конфликтов при беседе с пациентом о сексуальных проблемах. *Сексуальное консультирование есть, прежде всего, беседа*, дающая пациенту важную модель в его сексуальных партнерских взаимоотношениях. Главной помехой для сексуально-ориентированного собеседования является общее, связанное с неуверенностью, уклонение от описания сексуальности и ее существенных деталей.

Особенно затруднительной представляется способность вспоминать или представлять себе прошлый сексуальный опыт. Большинство людей не обучены говорить о сексе и часто считают, что об этом нечего говорить. Секс сопровождается таким сильным аффектом, позитивным или негативным, и ассоциируется с такой интимностью, что говорить о нем за пределами контекста по многим причинам затруднительно. И, наконец, что может молодой врач сделать с пациентом, старшим по возрасту, когда речь идет о проблемах, где он должен выполнять роль родителя (выступать как квазиродительская фигура)?

Таким образом, «простое» сексуальное консультирование имеет много задач и возможностей. Некоторые пациенты нуждаются в *подтверждении* того, что все, что они делают или чувствуют, «в порядке». Другие, испытывающие *дефицит информации* или *дефицит сексуальных знаний*, нуждаются в целенаправленной коррекции. При этом следует учитывать, что взаимосвязь между информацией и личностной оценкой носит сложный характер, и способность к обучению связана не только с информаци-

онным дефицитом (исходящим из глубоко укоренившегося страха или чувства вины), но и с ложными, особенно деструктивными, представлениями о норме. Одна из главных задач сексуального консультирования состоит в коррекции *сексуальных мифов*, которые даже в наше время могут расстроить и разрушить сексуальную коммуникацию. Освобождение от мифов может привести к такой форме поведения, как следование рекомендации «больше секса».

Один из мифов говорит о том, что мужчины не проявляют никаких чувств, кроме стремления к сексуальным действиям, что мужчина сексуально активен и инициативен и его функция заключается в том, чтобы удовлетворить женщину, что он инстинктивно знает, что доставляет женщине наслаждение, что в сексе все решает сила и размеры эрекции, что секс обязательно состоит в коитусе и в усилении возбуждения, переходящего в оргазм, что каждый партнер соответствует другому в сексуальном удовлетворении и что секс, несмотря ни на что, есть нечто естественное и спонтанное.

Другие пациенты ищут *определенные действия*, способные уменьшить риск деструктивности сексуального взаимодействия, которые могут так изменить сексуальную ситуацию, чтобы уменьшить нежелательные ощущения и достичь сексуального наслаждения. Главной задачей является различение *самоусиливающего механизма пациента* или пары и переработка его. Этот механизм играет важную роль в причине *всех* сексуальных расстройств и состоит в том, что ожидание и боязнь отказа образуют непрерывный порочный круг («чертов круг») с отказом в близости и усиливают друг друга. Нерешительность и исполненное страха самонаблюдение, а также возрастающая требовательность или враждебная позиция партнера ускоряют снижение сексуальности и усиливают подавление сексуального желания.

Следует постоянно иметь в виду, что устанавливаются отношения между страхом уклонения от связи и требовательностью партнера; между страхом отказа и фактической враждебностью партнера; между чрезмерно требовательными запросами на удовлетворение, адресованными партнеру, и осуществимостью собственных потребностей; между собственной повторяющейся неудовлетворенностью и очевидным удовольствием партнера; между ощущением, что ты делаешь другого сексуальным объектом, и что сам используешься в качестве такового.

Причины сексуальных функциональных расстройств

В связи с тем, что до сих пор *не существует* всеохватывающей *теории причин* функциональных сексуальных расстройств, следует учитывать следующее:

1. Причины расстройств сексуальных желаний применимы и для объяснения причин расстройств сексуальных реакций.
2. Объяснения причин генитально-психологических реакций психологическими факторами применимы и для обоснования взаимодействия психических и соматических факторов.
3. Различия между полами подразумевает «взаиморасчет»: один пол договаривается о передаче другому полу своей сексуальной продукции (излишек любовного желания, эякуляция) с помощью сексуальных желаний и сексуальных отношений.

Нет таких психических или личностных расстройств, которые неизбежно и однозначно были бы связаны с функциональными сексуальными расстройствами; поэтому в психической сфере действует принцип *мультифакторной причинности*. С другой стороны, распознаются различные аспекты психических расстройств как при-

чин функциональных сексуальных нарушений. Это нарушения межличностных отношений вследствие параноидных расстройств, депрессивные регрессивные расстройства и отсутствие желаний, обусловленные страхом, неуверенностью и фобическим избеганием, диссоциативная конверсия и соматизация конфликтов.

Оценка состояния и поддержка должны относиться не только к конфликту и его переработке, но и, прежде всего, к отсутствию соответствующих знаний и обучению избегания конфликтных ситуаций. Истолкованию подлежат не только функциональные нарушения с их негативными переживаниями — страхом, гневом, отвращением, стыдом, унижением, чувством вины, — но также что и как не удастся (мужчинам больше, чем женщинам, следует сообщать, какие сексуальные функции следует оберегать от деструктивных влияний).

Сексуальные расстройства представляются как неразрешимый *риск*, существующий в сексуальных отношениях. Этот риск существует тогда, когда, с одной стороны, вследствие уменьшения желания не *происходит возбуждения*, а с другой стороны, если *страх или другие виды защиты* оказывают *отрицательное влияние* на сексуальные функции. Риск может вытекать из собственно сексуальной ситуации, т. е. его происхождение имеет своим истоком собственно партнерские отношения. Сексуальные симптомы могут иметь «Я»-стабилизирующую и регулирующую функцию, однако это носит односторонний характер. Сексуальные расстройства, наконец, можно рассматривать как защитный механизм, как продукт защиты от бессознательных страхов и конфликтов, связанных с сексуальностью, сексуальным поведением и сексуальными отношениями.

Тщательное изучение сексуальных расстройств выяснило, что парадигма защиты от ассоциируемого с сексуальностью страха недостаточна. Как следует из научных данных Masters и Johnson (1973), страх отказа несет большую опасность для сексуальной функции. В этой связи, как показал Arfelbaum (1988), в настоящее время само собой разумеется, какое серьезное значение для сексуальности имеет «реакция страха», являющаяся одной из важнейших причин функциональных расстройств: страх несовместим с сексуальностью.

В соответствии с концепцией Kaplan (1981), выбор симптомов обусловлен:

- 1) в период сексуального стереотипа (от желания до оргазма) — появлением страха или защитой от страха;
- 2) характером или интенсивностью (но не содержанием) глубоко лежащего страха;
- 3) специфическим страхом (или защитой), возникающим перед или после сексуального акта.

Относительно специфичные и *непосредственные*, лежащие на поверхности *причины* состоят в следующем: торможение сексуального желания в виде «отключения», в форме активного, но подсознательного торможения желаний и интересов, путем концентрации внимания на негативных чувствах и мыслях; преждевременная эякуляция, связанная с защитой от подавления или уклонением от четкого восприятия сексуальных ощущений; торможение оргазма, связанное со стимуляцией партнера, а также с навязчивой концентрацией на достижении возбуждения для самоконтроля и редукции страха; вагинизм как страх перед пенетрацией, обусловленный спазмом вагинальной мускулатуры.

Нарушения половой возбудимости и эрекции обнаруживают различные защитные механизмы: большей частью несостоятельность, а также физиологическое сопровождение страха.

Глубинные причины симптомообразования носят неспецифический характер и лежат, с одной стороны, в интрапсихических страхах, а с другой — в партнерских конфликтах. По Arentwicz и Schmidt (1986), различают следующие связанные с сексуальным развитием *страхи*:

1. Инстинктивный страх, индуцируемый фрустрацией и боязнью разочарования, страх утраты эмоционального и соматического контроля, реакция отвращения и страх загрязнения, страх перед насилием и страх кастрации.

2. Страх перед нарастающим «растворением» своего «Я» (перед обезличиванием), перед новыми задачами, встающими в связи с зависимостью от партнера, страх близости и интимности, страх лишиться партнера и страх перед тем, что партнер покинет, страх перед инцестуальными желаниями.

3. Страх половой идентификации с соответствующей неуверенностью или гиперкомпенсацией.

4. Определенный страх, исходящий из табуизированных посланий детства. Kaplan (1981) описывает страх сексуальных успехов как особую форму страха удовольствия и сексуально самодеструктивного поведения.

Механизмы сексуальных функциональных расстройств вследствие **партнерского конфликта** следующие:

1. Делегирование собственных (часто финансовых) проблем партнеру с (часто) бессознательным саботажем.

2. Сексуальное соглашение между партнерами, несмотря на неполадки у обоих, в целях налаживания отношений или отрицания более глубокого конфликта.

3. Изменение отношения к партнеру в форме сексуальных нарушений как выражение враждебности или доминантного конфликта.

4. Амбивалентное поведение путем использования сексуальности для регуляции конфликтных взаимоотношений путем близости, дистанцирования и других форм «договоренности» (Willi, 1975), в которой определенная позиция, например активно-прогрессивная или пассивно-регрессивная, отражается и передается другому партнеру. Совершенно недостаточно изучено воздействие возраста на парные взаимоотношения, и в особенности на сексуальные желания.

Терапия сексуальных расстройств

Терапия сексуальных расстройств есть, в первую очередь, психотерапия, которая должна быть особенно квалифицированной. Сексуальная терапия сочетает в себе поведенческую терапию, глубиннопсихологические соображения и определенные «сексуальные упражнения», которые проводят пара или пациент в качестве «домашних заданий», используя при этом ежедневно встречающийся или эмоциональный материал.

Сексуальные упражнения направлены на выход из сексуального тупика, открывая поле для спокойных, свободных от страха, насилия и чрезмерной требовательности нежных и сексуальных взаимосвязей и индуцируя эмоционально корригируемые образцы поведения. Первым терапевтическим шагом должно быть уменьшение сексуальных вариантов и сексуального избегания, прежде всего для того, чтобы наладить душевное состояние партнеров. Отсюда может следовать запрет коитуса и всего прочего, что огорчает пациента или оказывает на него негативное давление вследствие сексуальной договоренности. Во вновь организованном пространстве возобновляются взаимоотношения, организуется новое начало соматических контак-

тов. С другой стороны, поощряя партнеров и изменяя стиль половых взаимоотношений «дать и взять», психотерапевт восстанавливает у партнеров ощущение своей нужности и духовности, которое охватывает все тело и дает возможность для сексуального обучения. Когда достигается наслаждение, соответствующее взаимное поощрение и стимулирование становится стилем половых взаимоотношений и позднее используется в текущих связях. Показаниями для такого лечения являются нарушения эрекции, а также нарушения полового желания и половой возбудимости у женщин.

Специальные упражнения ориентированы на специфические пусковые механизмы сексуальных расстройств. Наслаждение может принести стимуляция половых органов, что вызывает эрекцию, и, что самое главное, введение и движение полового члена, необходимое для управления половым взаимодействием. При преждевременной эякуляции целью терапии является восприятие мужчиной своих преорганических ощущений и последующая возможность контроля за своим эякуляционным рефлексом. Это достигается повторяющейся стимуляцией пениса, прерывающейся при приближении оргазма, причем вначале это упражнение производится самим мужчиной, затем — руками женщины-партнера и, наконец, при вагинальном контакте. При торможении женского оргазма рекомендуется, чтобы сначала женщина самостоятельно, а затем шаг за шагом с помощью партнера, разделяющего ее усилия, искала наиболее оптимальную стимуляцию, освобождаясь с помощью сексуальных фантазий от навязчивого самонаблюдения. Для этого, так же, как и при расстройстве сексуальных желаний, важно включать сексуальное воображение, к примеру, с помощью эротического материала. При вагинизме рекомендуется предоставить женщине по собственной инициативе вводить собственный палец в вагину для снятия защитного вагинального рефлекса, затем происходит постепенный переход от введения пальца до введения полового члена партнера. К терапии сознательно присоединяется сексуальное обучение в форме приобретения собственного опыта при чтении специальной литературы для женщин, мужчин и пар.

Психотерапевтическое вмешательство заключается в переработке эмоциональных и сексуальных переживаний для сексуальных упражнений и планирования вместе с пациентом или парой дальнейших шагов. Требованием для терапевтического процесса является движение маленькими шагами, но каждый шаг должен сопровождаться оптимальным страхом и являться как бы ступенью для следующего продвижения. Упражнения, вызывающие даже минимальный страх, не вызывают терапевтических изменений. Часто на пути терапевтического продвижения возникает барьер или помехи, которые интерпретируются как сопротивление. Это сопротивление может иметь различные формы — от пропуска или отказа от выполнения домашних заданий до протеста против определенной активности, переживаний или терапии вообще. Сопротивление может привести не только к отказу от психотерапевтического процесса и его непродуктивности, но и к уходу от партнера. В реакции сопротивления отражается то обстоятельство, что терапевтическая работа мобилизует определенные симптомы страха или конфликта, которые находят объяснение в рамках интрапсихической или межпартнерской психодинамики. Часто требуется большая терапевтическая фантазия, чтобы объяснить паре или пациенту, что это сопротивление исходит из их предположения, что лишь собственный опыт и благоразумие могут изменить поведение или переживания. Терапевт не должен разочаровывать пациентов тем, что ограниченный успех данной психотерапевтической работы связан с психодинамическими рамками или соматическими расстройствами.

Сексуальная психотерапия хотя и ориентирована на симптомы, но является весьма индивидуальным методом. Благодаря исследованиям прошедших десятилетий хоро-

шо известно, что корни сексуальных проблем связаны с личностью. Принцип ступенчатого продвижения надежен и испытан, и число пациентов, желающих получить срочную помощь, так велико еще и потому, что их подталкивают те, кто шаг за шагом прошел это лечение и приобрел собственный опыт. Сексуальная психотерапия должна обладать достаточной гибкостью, чтобы комбинироваться с возможным соматическим лечением и учитывать динамику частоты возникающих расстройств полового желания при индивидуальной и парной психотерапии. При рекомендации сексуальных упражнений должна учитываться возможная опасность СПИД-инфицирования и применяться все меры для его исключения. Независимо от всего сказанного, сексуальные психотерапевты должны постоянно помнить: сексуальная свобода не означает, что сексуальность требует постоянно говорить «да».

ЛИТЕРАТУРА

- Apfelbaum B.: An ego-analytic perspective on desire disorders. In: Leiblum S. R., R. C. Rosen: Sexual Desire Disorders. Guilford, New York 1988.
Barbach L.G.: For yourself: Die Erfüllung weiblicher Sexualität. Ullstein, Berlin 1977.
Buddeberg C.: Sexualberatung. 2. Aufl. Enke, Stuttgart 1987.
Heiman J. et al.: Gelöst im Orgasmus. Entwicklung des sexuellen Selbstbewußtseins für Frauen. Flach, Frankfurt 1978.
Kaplan H.S.: Sexualtherapie. Ein bewährter Weg für die Praxis. 3. Aufl. Enke, Stuttgart 1990.
Masters W.H., V.E. Johnson: Impotenz und Anorgasmie. Goverts, Frankfurt 1973.
Willi J.: Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek 1975.
Willi J.: Therapie der Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek 1978.

27 Сексуальные деликты, сексуальные девиации, транссексуальность

Цель обучения

Знания о психодинамике перверсий, их значение для сексуальных деликтов. Сексуальные девиации и транссексуальность как медицинская проблема.

Классификация

- МКБ-9: 302.0–302.6, 302.8, 302.9
МКБ-10: F64-66
DSM III-R: 302.20–302.70, 302.81–302.90

Определенные сексуальные способы поведения ведут к преступлениям. **Сексуальные деликты**, как преступления против сексуального самоопределения, вытекают из аномальной психодинамики, которая частично находит объяснение в запретах и наказаниях. К тому же часть сексуальных преступников сексуально девиантны. **Сексуальные девиации**, или парафилии, имеют внешние признаки, которые характеризуются определенными необычными, иногда причудливыми представлениями или действиями, объектами или ситуациями, которые в большей или меньшей степени требуются для достижения оргазма. Кроме того, в различной степени поражена способность к партнерской взаимосвязи.

Характерным для **транссексуальности** является интенсивное переживание несоответствия между анатомическим полом и половой идентификацией и исходящее из этого настойчивое стремление выполнять другую половую роль.

Эти «сексуальные меньшинства» (включая гомосексуализм) в своем большинстве не имеют контактов с медициной и психиатрией (за исключением транссексуалов), социально отрицательно стигматизированы, что часто является болезненным фактором и в силу чего возможна их субкультуральная организация. В качестве терапии, которая для них желательна или к которой они прибегают в качестве оправдания, выступает психотерапия сопровождения, проводимая наряду с медикаментозными средствами, приглушающими инстинктивные потребности. Компетентных в этих вопросах психотерапевтов очень мало. Кроме того, нельзя недооценивать, что недостаток знаний и понимания со стороны врача могут придать собеседованию девиантный характер.

Психодинамика перверсий

Важные черты сексуальной девиантности и сексуальных деликтов коренятся в их психодинамике. Это следует иметь в виду, говоря о сексуальных перверсиях. Специфическую роль для перверсной симптоматики (в основном для мужчин) играет защитный механизм **сексуализации**. Перверсии имеют **компенсаторно-репаративную функцию**, «пломбирующую» трещину «Я». Основой дефицитарного «Я»-развития и «Я»-разграничения и господствующего примитивного мыслительного процесса, возможно, с одной стороны, является клапан для агрессивных и сексуальных инстинктов, а с другой стороны, прикрытие недостатка личностной интеграции и слабой связи с реальностью. Кроме того, эта дефицитарность защищает от глубоко укоренившегося страха. Перверсные инсценировки есть рискованная реконструкция конфликта раннего детского возраста, особенно опасного для развивающейся мужественности, с его травматизацией, обидой и покорностью, сопровождающаяся враждебно окрашенным изменением сексуальной возбудимости и в конечном счете приводящая к высшей точке ощущения оргастического триумфа. Эта точка зрения находит объяснение в общей теории сексуального возбуждения, дополняя ее, быть может, в том, что архаичные, приносящие экстаз сексуальные переживания могут повторяться.

Существенные результаты исследований психодинамики перверсий дало обследование Schorsch u. Mitarb (1985) сексуальных преступников. Авторы описывают три аспекта *структуральных корней* перверсий в нарушениях личности. Перверсная симптоматика может иметь различную степень **интенсивности** — от спорадических импульсов в конфликтах или жизненных кризах до перверсной симптоматики как привычного, не связанного с конфликтами поведения и ограниченного перверсного образования как стабильной девиантной ориентации, доходящей до прогрессирующего «наркоманического» развития и формы течения перверсии.

Дальнейшая **оценка места** перверсии в личностной структуре различна: от описанных ритуализированных перверсных симптомов, контрастирующих с личностными особенностями, через импульсивное поведение с сильной деструктивной динамикой полиморфно-перверсных проявлений, до хрупкости, проявляющейся не только в перверсности, но и в особенностях характера. Наконец, имеются различия **«Я»-близости** в перверсиях, т. е. в связи перверсий со «Сверх-Я» и «Я»-идеалом или «Я»-синтонной переработки с признанием и интеграцией в концепции самости и позитивной самооценкой и «Я»-дистонической переработки со стыдом, чувством вины, страхом, страданием и негативной оценкой перверсии как чуждой или болезненной. Оба типа переработки могут либо сосуществовать, либо быть альтернативными. В качестве существенных или **отражающих их содержание** симптомов перверсии устанавливаются:

- 1) демонстрация мужской принадлежности;
- 2) уклонение от своего пола (своих гениталий);

- 3) ярость и ненависть (как условие сексуального акта);
- 4) возникновение влечения при оппозиции (конфликте);
- 5) очень сильная потенция;
- 6) заполнение собственной пустоты;
- 7) тождественное исполнение желания, т. е. удовлетворение, связанное с психикой (при фантазировании, истерических симптомах, символических поступках).

Из этого следует, что основная проблематика коренится в четырех личностных сферах:

- в расстройстве мужской идентификации (1, 2);
- в агрессивной проблематике (3, 4, 5);
- в расстройствах (нарциссических) переживаний самости (5, 6);
- в проблематике отношений (6, 7).

Основная проблематика в различных масштабах отражается в содержании перверсных симптомов и имеет в каждой сфере расстройств различное выражение.

Сексуальные правонарушения

Изнасилование и сексуальное насилие обращает на себя внимание множеством деликтов: в связи со взаимоотношениями между полами, вследствие их медицинской значимости (нанесение ущерба здоровью), большим количеством жертв враждебности и преследования со стороны преступных элементов и пр. Криминальный аспект сексуального насилия связан также с множеством общественных предрассудков и установок, вследствие чего, например, жертвы сексуального насилия встречают больше сочувствия, чем пострадавшие от других видов насилия. Изнасилование ни в коей степени не обусловлено сверхсильной сексуальностью и преобладанием мужских качеств, оно не является проявлением склонности к насилию или агрессивной сексуальности, но есть сексуализированное насилие и агрессивность.

Имеет значение не только частота связанных с насилием сексуальных деликтов среди преступных действий. Не только сексуальность является доминантной психологической темой при изнасиловании, но и переживания превосходства силы и контроля над жертвой, упоение покорностью жертвы, изживание гнева и ненависти и — при групповом изнасиловании — чувства мужской солидарности. Соматическая доминанта, исходящая из того, что женщина насильно становится сексуальным средством, действует как подтверждение психической доминанты и мужественности. Или в покорности жертвы разряжается замещающий гнев на других женщин или женщин вообще, что является подтверждением предрассудка, что женщина является лишь сексуальным средством для возбуждения мужчин. Группа насильников является девиантной в том смысле, что насилие, подавление, преодоление сопротивления и причинение боли являются причиной сексуального возбуждения или необходимы для его возникновения.

Большинство сексуальных деликтов против детей (так же, как и вообще жестокое обращение с детьми) происходят внутри семьи и часто объясняются высокой степенью невежества. Преимущественно эти деликты возникают в расстроенных, эмоционально расшатанных семьях. В таких семьях также нередко встречается *инцест*, чаще между отцом и дочерью. Причиняемый таким образом душевный ущерб очевиден и достаточно изучен. И для других сексуальных деликтов в отношении детей жертвы и виновники заранее известны. Дети не так уж редко играют роль суррогат-партнера для мужчин с алкогольной зависимостью, в состоянии социальной депривации, в

начале разрушительного церебрального процесса или для юношей с выраженными душевными изъятиями. Лишь в незначительной части эти правонарушители являются педофилами в плане более или менее выраженной перверсии. *Педофилия* есть сексуальное возбуждение, специфическим образом связанное с детьми и в большинстве случаев соответствующим образом сексуально ориентированное — чаще гомосексуально, чем гетеросексуально. В первую очередь, речь идет о 11–15-летних юношах или же о 8–11-летних девочках, несмотря на то что границы гомосексуальности могут быть и более широкими.

Общим для педофилов является связывание соматической, социальной и сексуальной незрелости детей с эротичностью и отклонениями в чувственности. Сексуальная активность заключается, преимущественно, в прикосновении к гениталиям. Контакт с более юными детьми и насилие очень редки. Отличительной особенностью является неестественная любезность и доминантная (эротическая) тематика, которая нередко сочетается с поучительным или отеческим тоном. Более или менее выражены в этой игре нарциссические или эксгибиционистские потребности. Может иметь место различной степени выраженности страх перед зрелой, взрослой женщиной. Это прямо-таки инфантильно-регрессивные контакты, в связи с чем создается впечатление, что связь с детьми не является собственно репаративной функцией и часто связана с несчастливым детством педофилов.

Эксгибиционизм в нашей культуре встречается часто. Он состоит в том, чтобы поразить женщину, показав ей эректированный половой член, и тем самым произвести на нее впечатление. Это представляет настоящую перверсную инсценировку, так как высшее сексуальное удовлетворение и чувство власти над женщиной достигается при соблюдении пространственного и личностного дистанцирования от нее.

Часто такая «презентация» сопровождается мастурбацией — в зависимости от того, «повезет» ли в данной ситуации; реже демонстрируется неэректированный половой член. В некоторых случаях эксгибиционизм ограничивается единичными случаями в период эмоционального кризиса; в других случаях эксгибиционистские фантазии постоянны и число эксгибиционистских актов возрастает. Идеальное инсценирование включает в себя реакцию женщины от интереса до испуга; индифферентное отношение к «спектаклю» разрушает перверсную инсценировку. Данная перверсия может проявляться преимущественно по отношению к взрослым женщинам или юным девушкам и сопровождается различной степенью готовности к риску, вплоть до случаев, когда «инсценировка» осуществляется с кажущимся спокойствием. Очень редко эксгибиционизм ведет к половой близости или насилию.

Вуайеризм (скоптофилия) похож на эксгибиционизм, но к нему присоединяется чувство силы и частично враждебности. Похожим на это расстройство являются неприличные телефонные звонки. Относятся ли к этому типу расстройств также и другие широко распространенные сексуальные предпочтения (например, рассматривание сексуальных сцен или порнографической продукции) и их дальнейшая роль, является спорным и интересным вопросом.

Садизм и мазохизм

Сутью садизма является *сексуализированная деструктивность и чувство господства*. В тщательном анализе, проведенном Schorsch u. Becker (1977), в сложной психодинамике этой перверсии главную роль играет страх отторжения-растворения, идущий через сексуализированный конфликт из поздних фаз развития. Садизм имеет широ-

кий спектр проявлений от общественных акций (Древний Рим, инквизиция, концлагеря, пытки, популярная садистическая порнография, насилие, связанное с войной) до единичного агрессивно-деструктивного импульсивного поведения и очень редкого стремления к убийству, исходящего из сильной «Я»-дистонической психодинамики.

О садомазохизме говорят тогда, когда обе позиции выступают в сложной взаимосвязи и взаимодействии. Садомазохизм как концентрированная форма изменений личности и ее социального проявления имеет корни в фиксированных мастурбационных фантазиях, садомазохистских парных сексуальных связях и, наконец, в извращенной садомазохистской перверсии. В конечном итоге, эта тема становится доминантной и преобладающей и реализуется во множестве ритуализированных вариантов, инсценированных в утонченных формах.

Заковывание в кандалы, избивание, истязание кнутом, хлыстом и другими инструментами пыток, а также соответствующая кожаная одежда играют значительную роль. Гетеросексуальные садомазохисты находят мало партнеров с соответствующей сложной сексуальной ориентацией и поэтому обращаются в специализированные бордели или прибегают к мастурбационно-мазохистской практике. Сексуальный мазохизм у женщин преимущественно ограничивается сексуальными фантазиями, в которых собственная активность инсценируется в представляемую ситуацию и пассивно комбинируется с чувством ответственности за сексуальные восприятия. Вообще, представляется, что в садомазохизме тесно переплетаются сексуальное возбуждение и наказание.

Фетишизм и трансверсизм

Фетишизм начинается тогда, когда часть или атрибут женского тела имеет большее значение для возникновения сексуального возбуждения, чем женщина в целом и половая связь с нею. В своих полностью выраженных формах перверсная психодинамика выражается в известных образах отщепленности и фрагментированности, когда женщина заменяется предметами ее одежды, сапогами, туфлями или предметами туалета или ухода за собой, такими, как подвязки (кожаные или пластиковые зажимы для волос и др.).

Когда мужчина испытывает сексуальное возбуждение и/или оргазм, используя женское белье или другие принадлежности женского туалета, то это называется *фетишным транвезитизмом*. Нередко это перверсия принимает характер инсценировки, в которой часто играет роль садомазохистская фантазия. Трансвезитизм и садомазохизм имеют много взаимнопересекающихся областей, так что наличие одного расстройства вызывает развитие другого.

Противоположное одевание (cross-dressing) — одевание в одежду противоположного пола, как **трансверсизм**, может устанавливаться как фетишистское возбуждающее качество и со временем уменьшаться или исчезать, но случается, что ношение одежды противоположного пола вызывает ощущение успокоенности, расслабления и приносит в переживания качество устойчивости. Может развиваться определенный стиль жизни, в котором значительно выражена манера держаться как женщина, в открытой одежде, так что это достигает степени так называемой жизни в двух ролях. Имеется много подтверждений существования трансверсистской субкультуры. Многие трансверсы женаты или были женаты, причем частая смена отношений является симптомом относительного душевного равновесия. У трансверсистов преобладает женское начало: их гетеросексуальность в собственном смысле этого понятия ограничена таким образом, что агрессивно-пенетрационный аспект мужской сексуальности отвергается и взамен его устанавливается женский мир переживаний.

Транссексуальность

Транссексуальность не сопровождается интерсексуальностью или особыми соматическими или генетическими изменениями. Транссексуальность — не болезнь, но общий конечный маршрут различных состояний и течений с расстроенным общим корнем, конфликтным и неоднозначным, исходящим из половой идентификации с неприязнью при связи с собственным полом и завистью к противоположному полу. Неспособность к роли половой идентификации вызывает биологическую потребность осуществить роль другого пола. Транссексуализм в качестве самодиагностики преобладает у мужчин, которые консультируются у врачей и просят их осуществить их желания и провести корригирующие пол мероприятия или оперативное вмешательство, соответствующее их финансовым возможностям. Иногда они обращаются в компетентный суд, который после 1981 г. использует вошедший в силу транссексуальный закон, с просьбой изменить их имя (или, если они прооперированы, и личное положение), поскольку от этого зависит заключение о материальном доверии.

Для прогноза и определения показаний для врачебного содействия имеет значение способность транссексуалов решительно и упорно в течение не менее одного года исполнять желаемую роль. В этот период испытания и апробирования возможно психотерапевтическое сопровождение, однако даже мягкие альтернативные предложения расцениваются критически и с недоумением. Некритичное предписывание гормонов противоположного пола или антиандрогенов может привести к ошибке, так как они лишь поощряют соответствующие требования. Следует постоянно проверять, не следует ли рассматривать транссексуальные желания в рамках жизненного криза.

Частота транссексуальности составляет 1:10000–20000, причем у биологических женщин она регистрируется в два раза реже (соотношение мужчин-транссексуалов к женщинам-транссексуалам составляет 2:1).

Для мужчин имеются три пути транссексуальности. Первый исходит из трансверсивного развития с выраженной внутренней женственностью, при котором установление сексуальных связей с мужчинами служит, прежде всего, целям идентификации и сталкивается с первичной женской ориентацией.

Из сильной женской гомосексуальности, которая отличается от трансверсизма с переодеванием карикатурно-провокационными моментами, исходит вторая предпосылка транссексуальности. Здесь в противоположность увеличивающейся женственности действует андрофильная сексуальность.

Третья дорога к транссексуальности возникает из относительно асексуального развития или его торможения, при котором социальная и сексуальная некомпетентность в мужской половой принадлежности заставляет искать прибежище в идентификации с женщиной.

Для женщин нет нескольких путей к транссексуальности. На первом месте здесь стоит нарушение половой идентификации, которое комбинируется с женской ориентацией, в связи с чем это переживается не только как гомосексуальность. Транссексуальные женщины отличаются от лесбиянок тем, что они соглашаются в отношениях с партнером выполнять роль мужчины и имеют неплохие шансы удовлетворить свои потребности как лишенный пенис мужчина.

Транссексуальные желания, кроме телесного и душевного изменения, приводят при сочетании их с гормонами противоположного пола к кастрации и созданию вагины у мужчин и мастэктомии и неофаллическим контрукциям у женщин (последнее при особенно аномальном развитии и недостаточном воспитании).

В настоящее время представляется спорным, является ли транссексуальное развитие следствием глубокого личностного конфликта, связанным с личностной патологией пограничного типа, или психодинамика транссексуалов исходит от их перверсности. Можно говорить о том, что транссексуальность — это восстановленная с искажением функция личности с сильно и глубоко выраженным нарушением самоидентификации.

Садомазохистская тема в транссексуальном развитии означает, кроме того, потребность в кастрации и проявляется прежде всего в позиции раболепия (покорности) перед мужественностью, а также в доминировании женской транссексуальности.

«Нормальная» гомосексуальность не является больше предметом психиатрии. Психопатологической и важной для врача является резкая реакция гомосексуалов на их дискриминацию, имеющую место даже в медицине. Имеется много различных проявлений гомосексуальности: связанные с дискриминацией в обществе; гомосексуальность в фантазиях без соответствующего манифестного поведения; с промискуитетом и легкостью установления сексуальных связей. Женственность мужской и гипермаскулинизация женской гомосексуальности является частичным основанием для деления их на группы. Гомосексуальные взаимосвязи поляризуются не только как активные и пассивные, но также как очень устойчивые и связанные с наслаждением. Так же, как и гетеросексуалы, гомосексуалы могут иметь личностные расстройства, быть перверсными, иметь функциональные нарушения и другие проблемы, связанные с партнерскими отношениями, и нуждаются в соответствующем консультировании. Основаниями для соответствующих медицинских консультаций могут быть также «Я»-враждебные гомосексуальные потребности или фантазии, так же как проблемы бисексуальности.

ЛИТЕРАТУРА

- Eicher W.: Transsexualismus. Fischer, Stuttgart 1984.
Kockott G.: Sexuelle Variationen. Hippokrates, Stuttgart 1988.
Morgenthaler F.: Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Qumran, Frankfurt 1984.
Schorsch E., N. Becker: Angst, Lust, Zerstörung. Sadismus als soziales und kriminelles Handeln. Zur Psychodynamik sexueller Tötungen. Rowohlt, Reinbek 1977.
Schorsch E. u. a.: Perversion als Straftat. Springer, Berlin 1985.
Stoller R. J.: Perversion. Die erotische Form von Haß. Rowohlt, Reinbek 1979.

Цель обучения

Знания о злоупотреблении и зависимости от психотропных веществ, условиях их возникновения, распространенности и последствиях; цели и формы лечения и возможности предотвращения.

Способность людей к образованию **зависимости** является основной чертой, характеризующей их социальную сущность. Зависимость дает возможность поддержки, ориентации и сопереживания; без такой способности ослабляются связи, возможна распушенность и едва ли осуществима независимость. Полный отказ от зависимости во всех случаях свидетельствует о психиатрических расстройствах. При этом является актуальным более или менее остро текущий процесс, приводящий к отказу от коммуникаций и свободных решений. Ситуация крайне выраженной зависимости может относиться к обстановке близости или любимых обстоятельств, к любому человеческому переживанию или предметному объекту.

Чаще всего экстремальная зависимость наблюдается в связи с потреблением *веществ*, имеющих *психотропное действие* (алкоголь, медикаменты, недозволенные наркотики, вещества для нюхания; она также может быть обусловлена табаком и кофе). Примеры *независимой от субстанции зависимости* мы находим в области игр, еды, сексуальности, ситуации риска и трудового поведения.

Наркомания, зависимость, злоупотребление

Определение понятий

В немецком языковом пространстве понятие «Sucht» (*болезненная страсть, болезненное влечение*) очень распространено. Оно неоднозначно и этимологически исходит из архаичного слова «Siech» (хворый, болезненный, хилый; siech werden — непрерывно болеть, хворать, чахнуть, угасать). Под понятием «Sucht» когда-то подразумевали болезнь (желтуха, головокружение) или бросающееся в глаза поведение (сильное стремление отстоять свою честь, алчность, ревность). Под психиатрическим аспектом нарушений влечений в прошлом подразумевалась болезненная страсть, проявляющаяся в различных патологических формах поведения. При этом подразумевалась соответствующая «ошибочная» страсть без потребления психотропной субстанции (страсть к игре, обжорство и пр.).

Понятие «наркомания», или болезненная страсть (болезненное влечение), с трудом поддается определению и не имеет четких клинических границ, в связи с чем Всемирная организация здравоохранения в 1968 г. решила понятие «наркомания» (болезненная страсть, болезненное влечение) заменить понятием **«зависимость»**.

С того времени вошло в действие следующее *установленное ВОЗ определение зависимости*: «психическое, а иногда также и соматическое состояние как следствие приема психотропной субстанции. Оно характеризуется нарушением поведения и другими расстройствами, включающими стремление принимать эту субстанцию постоянно или периодически для достижения психического эффекта и иногда сопровождающимся избеганием ошибок в выборе субстанции для предотвращения неудовлетворенности». Это определение действительно для 9-го пересмотра МКБ. Оно не принимает во внимание такие патологические зависимости и расстройства, которые не сопровождаются приемом психотропной субстанции.

В немецком языке эти расстройства связаны с многозначным термином «Sucht» (болезненная страсть, болезненное влечение), в связи с чем неточность этого понятия приводит к его обесцениванию. Новые предложения для разъяснения этой проблемы внесены в 3-е издание диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM III). В 1989 г. оно пересмотрено и существует в немецком переводе как DSM III-R.

Независимые от субстанции зависимости DSM III определяет по их соответствующему типу (нарушения влечения к пище, нарушения контроля за побуждениями — патологическое влечение к игре, клептомания или парафилия как форма сексуальной зависимости). В DSM III-R *улучшается клиническая классификация расстройств в зависимости от соответствующей психотропной субстанции*. В последующем с высокой степенью соответствия эти описания вошли в соответствующую часть МКБ-10.

Таким образом, **зависимость** равнозначна **субстанциональной зависимости**. Главной характеристикой зависимости является синдром, состоящий из субстанционально и индивидуально специфических взаимосвязанных соматических и поведенческих симптомов нарушения познавательной деятельности.

Признаки зависимости

Для диагноза зависимости необходимо, чтобы встречались по меньшей мере **три** симптома из перечисленных ниже, причем один из них должен длиться не менее одного месяца или повторяться в течение более продолжительного времени.

1. Потребление субстанции в увеличивающемся количестве и дальнейшее увеличение продолжительности этого потребления.

2. Безуспешные попытки или нереализованные желания регулировать или уменьшить потребность в этой субстанции.

3. Для приобретения необходимого для удовлетворения потребности вещества требуется все больше расходов, все больше свободного времени и других усилий (например, подделка рецептов).

4. Симптомы интоксикации или абстиненции часты даже при исполнении служебных обязанностей или заданий. Потребность в субстанции ставит под угрозу соматическое состояние (например, при автовождении).

5. Имеющая значение профессиональная или социальная активность, а также образ действий в свободное время заменяются поиском психотропной субстанции, а потому редуцируются или полностью прекращаются.

6. Потребление психотропной субстанции вопреки осведомленности о приносимом ущербе приводит к возникновению социальных, психических или соматических проблем или их усилению.

7. Определяется отчетливое изменение толерантности. Об этом можно говорить, когда желаемый эффект от потребления субстанции (например, состояние интоксикации) достигается при повышении дозы на 50 % от первоначально требуемого количества или когда при дальнейшем употреблении прежняя доза представляется недостаточной и уменьшенной. (Получить объективные сведения о толерантности трудно, полезные данные об этом можно получить при соответствующем опросе страдающих зависимостью.)

Внимание: два следующих симптома не характерны при употреблении гашиша, галлюциногенов, вдыхании (например, амефатических и ароматических водорастворимых составных частей обработки угля, таких, как бензин, клей, краски и т. д. или фенциклидина — Phenzyklidin, PCP) и ранее не описывались в связи с употреблением данных веществ.

8. Специфические симптомы отмены субстанции с качественным нарушением соматического или психического самочувствия (например, тошнота, потливость, тремор, состояние страха, тахикардия и т. д.). Не является специфическим синдромом делирий, который рассматривается как проявление мозгового органического психосиндрома и может быть следствием злоупотребления седативными, снотворными, анксиолитиками или алкоголем.

9. Субстанция часто принимается для смягчения абстинентных симптомов или их устранения (например, утреннее употребление алкоголя).

Масштабы зависимости трудно определить. Разница между «легкой», «средней» и «тяжелой» степенью определяется как по аналогии с числом симптомов зависимости, так и ущербностью в профессиональной, социальной областях и на уровне взаимоотношений.

О частично затихающей зависимости говорят тогда, когда в течение последних шести месяцев встречается минимальное количество симптомов зависимости при редком употреблении психотропной субстанции; *о полной ремиссии* можно говорить тогда, когда на протяжении указанного времени не наблюдается употребления субстанции или даже потребности в ее применении при отсутствии симптомов зависимости.

Понятие **злоупотребления** психотропными веществами относится к узкой категории неуправляемого потребления. Скорее всего, оно наблюдается у лиц, у которых, по крайней мере вначале, употребление психотропной субстанции не вызыва-

ет соответствующей связанной с интоксикацией симптоматики. Злоупотребление характеризуется следующими признаками:

1. Потребность осуществляется несмотря на: а) ожидаемый профессиональный, социальный или соматический ущерб или ухудшение; б) ситуацию, угрожающую соматическому здоровью (например, алкогольное опьянение).

2. Симптомы (злоупотребления) длятся, по крайней мере, один месяц или повторяются в течение более длительного времени.

3. Критерии зависимости не выявляются.

Виды (классы) психотропных субстанций

К психотропным субстанциям, вызывающим *злоупотребление или зависимость*, относятся алкоголь, седативные, снотворные или анксиолитики, опиаты, амфетамин или подобные ему активные симпатомиметики, гашиш, кокаин, галлюциногены, фенциклидин (РСР), известный также как «ангельский порошок» или «кристалл», или другие подобные ему активные арилциклогексиламины и средства для ингаляций. Десятый тип субстанции, теоретически, учитывая сказанное выше, относится к злоупотреблениям. Однако следует признать, что никто из употребляющих никотин не обнаруживают всех признаков зависимости и злоупотребления.

В связи с субстантспецифическим действием и общими признаками психотропные вещества, вызывающие зависимость и злоупотребление, разделяются на следующие группы:

- алкоголь и седативные, снотворные и анксиолитики;
- кокаин и амфетамин и подобные им активные симпатомиметики;
- галлюциногены и РСР или подобные им действующие арилциклогексиламины.

Развитие зависимости по отношению к одной из субстанций данной группы сопровождается толерантностью по отношению к другим веществам этой группы (этот феномен называется *перекрестной толерантностью*).

Понятие «*поливалентная (смешанная) зависимость*» или «*поливалентное злоупотребление*» применяется только тогда, когда употребляемое вещество не может быть идентифицировано или в его количественный состав входят различные наименования. Поливалентность может относиться к употреблению различных препаратов одной или разных групп, а также алкоголя и седативных или опиатов и седативных.

Условия возникновения зависимости

Из объясняющих зависимость моделей (сюда не входят существовавшие в прошлом теории) наиболее приемлемыми являются научные направления о длительном действии социальных, глубиннопсихологических, учебно-теоретических, антропологических и биологических факторов, а также причин, запускающих действующий механизм для возникновения зависимостей. Каждая из этих моделей представляет бесспорный интерес для выяснения определенных аспектов и обладает очевидным недостатком, как, например, учебно-теоретическая модель, согласно которой успокаивающая терапия может достичь значительных успехов. Пренебрегавшаяся в прежние времена структура мотивации является важной частью новой учебно-теоретической модели. Ее границы становятся очевидными, если, например, имеется ясное представление о наследственно-биологических или биохимических факторах, привлекающихся для объяснения модели.

Критическая оценка различных моделей и их научное осознание привело к созданию **синтез-модели**, основным предположением которой является заключение о мультифакторном происхождении зависимостей. Под причинами подразумеваются *комплексная обусловленность индивидуальными, субстантспецифическими и психосоциальными факторами*, которые интенсивно взаимодействуют друг с другом. Сокращенно такая обусловленность в синтетической модели выражается во взаимосвязи следующих факторов:

Человек—наркотик—окружение

Человеческий фактор. У личностей, страдающих зависимостями, *нет характеристических преморбидных черт*. Часто описывают личностные нарушения, патологию настроения или нарушение самооценки как базис злоупотребления психотропной субстанцией. В одном ряду с этими факторами рассматривают скромных, незаметных лиц без психопатологической предрасположенности.

Относительно наследственной предрасположенности к зависимостям ведутся интенсивные исследования, особенно в области алкоголизма. Прежние данные (исследования близнецов и усыновленных) не дают оснований для окончательных выводов. Индивидуально-специфическое изучение способов поведения, направленного на уменьшение страха, напряженности или предупреждение путающих трудностей или проблем также может привести к уяснению причин злоупотребления или зависимости.

Наркотический фактор. Под *потенциалом зависимости* подразумевается специфическое действие данного психотропного вещества, вызывающего зависимость. Такое действие в его различном выражении свойственно всем психотропным субстанциям и вытекает из биологического свойства так влиять на центральную нервную систему, что это изменяет до того безусловные психические и социальные установки индивидуума. (Нейролептики и тимолептики также относятся к психотропным субстанциям. Их клинически значимый потенциал зависимости до сих пор не исследован. В связи с этим мы оставляем их вне нашего рассмотрения.) Потребление психотропной субстанции оказывает влияние на деятельность структур центральной нервной системы и устойчивое равновесие (*steady state*), поддерживающее их функционирование. В связи с этим возникает компенсация, обычно в форме повышения толерантности к психотропной субстанции, так что, в свою очередь, желаемое действие психотропной субстанции происходит при повышении ее дозировки. Последнее обстоятельство служит оправданием для кажущегося отказа от приема субстанции, хотя потребность в его приеме в возрастающих дозах увеличивается.

Особой формой отказа от применения наркотического вещества является иногда наблюдаемый обратный эффект (*Rebound effekt*), когда длительное применение низких дозировок транквилизирующих медикаментов отменяется. Наряду с состоянием страха, упорной дисфорией, бессонницей или сонливостью в таких случаях появляются болезненные феномены, послужившие причиной первоначального назначения медикаментов. Видимый эффект возникновения первоначальных болезненных симптомов (обратный эффект) представляется типичным. Предположительно, в этом заключается ответ на «выключение» специфического действия субстанции.

Данные исследований показывают, что при регулярном приеме низких доз диазепама (10 мг в сутки в течение четырех месяцев) у 25 %, а при длительности приема 12 месяцев и выше — у 80 % всех больных возникал обратный эффект при отмене лекарств.

Фактор окружения. К психосоциальным и социокультурным факторам, способствующим возникновению зависимости, относятся эмоциональные, особенно вследствие напряженных взаимоотношений в семье (зависимость, разрушение семьи), идентификация со стилем жизни субкультуры или мистическим мировоззрением (в этом случае часто применяются нелегальные наркотики) и общая установка общества к потреблению определенных психотропных веществ (алкоголь, медикаменты). Снижательная установка нашего общества в отношении алкоголя, так же как и доступность алкогольных напитков, способствуют возникновению алкогольной зависимости. Возникновению злоупотребления медикаментами и медикаментозной зависимости способствует необузданная реклама и связанная с нею расширенная выписка медикаментов.

Особенную опасность представляют профессиональные группы, для которых облегчена возможность приема психотропных веществ (например, лица, осуществляющие уход за больными или специальности, при которых ежедневное потребление алкоголя является одной из форм профессиональной жизни). Сюда причисляется обслуживающий персонал гостиниц и ресторанов, а также увеличивающееся число крупных администраторов, ответственность и избранность которых укрепляет чувство одиночества и потребность в приеме психотропных веществ. Употребление алкоголя среди строительных рабочих уменьшается. Увеличение безработицы еще более, чем критические жизненные или конфликтные ситуации, является фактором, благоприятствующим возникновению зависимости.

Распространенность зависимостей

Число лиц с зависимостями в населении позитивно коррелирует с потреблением психотропных веществ на душу населения. В большинстве обществ и социальных систем число лиц с зависимостями составляет *от 5 до 7 % населения*.

Алкогольная зависимость (алкоголизм) является все более сложной и масштабной социально-медицинской проблемой не только для Европы и США. В ФРГ уровень годового потребления был самым низким в 1950 г., когда он составил 3,271 л чистого спирта (т. е. алкогольного содержания различных спиртных напитков) на душу населения. 15 годами позже этот уровень достиг 10 л — такого же количества, как и в 1900 г., во время наибольшего распространения «алкоголизма бедняков».

Наивысшим уровень потребления алкоголя был в 1976 г. (до 12,741 л на жителя). К 1988 г. этот уровень незначительно снизился (до 11,91 л). В среднем каждый житель ФРГ ежегодно тратит на приобретение алкоголя 593 DM. Число взрослых с тяжелой формой злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимостью, по данным соответствующих оценочных методик, составляет от 1,7 до 2 млн человек. В психиатрических клиниках число больных с алкогольными проблемами составляет от 30 до 35 %. Наибольшее число такого рода пациентов относится к возрастной группе от 25 до 55 лет (около 80 %).

Тенденции. В последние годы наблюдавшийся стремительный рост женского алкоголизма, видимо, замедлился. В сельской местности до 20 %, а в больших городах — до 35 % всех известных случаев алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем в настоящее время регистрируется у женщин. Число юношей среди этого контингента составляет 10 % и увеличивается; серьезной причиной роста алкоголизма среди юношества является безработица. Вместе с тем, наряду с алкоголиз-

мом, наблюдается увеличивающееся распространение злоупотребления лекарствами, вначале назначенными врачами, прежде всего транквилизаторами и снотворными.

Статистические исследования показали, что у женщин вдвое чаще, чем у мужчин, возникает **злоупотребление медикаментами и зависимость** от них. Достоверность оценки числа зависимых от медикаментов незначительна. Исчисление числа злоупотребляющих лекарствами основано на знании о потреблении лекарств покупателями в аптеках и колеблется от 200 000 до 800 000. Число лиц с медикаментозной зависимостью с возрастом увеличивается и достигает наивысшего значения между третьим и четвертым десятилетиями жизни.

Тенденции. Следует считаться с дальнейшим ростом медикаментозной зависимости. Данные опроса показывают, что в возрастной группе от 10 до 19 лет 7–9 % юношей и 9 % девушек потребляют психоактивные вещества. Возрастные границы все дальше сдвигаются вниз.

Число злоупотребляющих нелегально используемыми наркотиками (галлюциногены, опиаты, кокаин, фенциклидин и производные гашиша), так же как и медикаментами с преимущественно наркотическим действием, а также число наркоманов определяется лишь с грубым приближением. После фазы сокращения потребления и стагнации (1978–1984 гг.) наблюдается обострение проблематики наркомании вплоть до 1988 г., к которому потребление сильных наркотиков постепенно возросло вдвое. Общее число потребляющих наркотики колеблется в зависимости от метода оценки от 50 000 до 100 000 человек.

Основную часть наркоманов составляют лица от 18 до 30 лет. Сильное ограничение потребления наркотиков наблюдается в группе 40-летних. В более позднем возрасте потребление наркотиков незначительно. Потребление наркотиков в разных социальных слоях наблюдается практически с одинаковой частотой; имеет место также выравнивание числа случаев наркомании в больших городах и сельской местности.

Тенденции. Нижняя возрастная граница наркомании составляет около 14 лет и по сравнению с предыдущими годами имеет тенденцию к росту числа наркоманов. Число 12–13-летних наркоманов снизилось до 1 %, тогда как 10 % лиц от 15 до 30 лет имеют опыт употребления наркотических веществ. Увеличение наркотической зависимости исходит из субкультур и интегрируется в общественно терпимые образцы поведения. Наблюдается рост потребления опиатов в различных возрастных структурах; возрастает также злоупотребление опиатами без возникновения зависимости от них. Кокаин, так же как и героин, стал употребляться в таблетированной форме; кроме того, наблюдается тенденция к переходу на прием синтетических наркотиков.

Последствия злоупотребления и зависимости от потребления психотропных веществ

Психические изменения

Все формы зависимости вызывают психические изменения. В период развития зависимости самооценка колеблется вследствие переживаний, связанных с потребностью повторного употребления психотропного вещества и необходимостью действий по его приобретению. Чувство вины и тенденции утаивания сочетаются друг с другом в патологической связи; потребность в приобретении психотропной субстанции во

все больших количества приводит к ограничению интересов в рамках обеспечения наркотических потребностей. Это приводит к неустойчивости настроения. Зависимость от субстанции означает общую дисфоричность, лабильность настроения от ничтожных причин или, при достаточной для данного субъекта интоксикации, — «супернормальность», не приносящую субъекту спокойствия, но сопровождающуюся видимой самонадеянностью, гиперактивностью или нереалистическим оптимизмом. Трудности в приобретении наркотиков вызывают поспешность, чувство страха, повышенную раздражительность и возбудимость.

Склонность приукрашивать действительность (ограниченность понимания ситуации) и даже агрессивное отрицание создавшейся в связи с зависимостью проблематики при очевидности фактов являются типичным образцом болезненного поведения. Врач при контакте с пациентом должен правильно оценить этот способ поведения и, несмотря на такого рода защиту, прибегнуть к соответствующим мероприятиям.

Социальные последствия

Социальные последствия злоупотреблений и зависимостей, касающиеся конкретно лица и его социального окружения, не могут быть выявлены в полном объеме. Они приводят к многомиллионным затратам, связанным с утратой трудоспособности, расходами на лечение или выпуск бракованной продукции. Равным образом это приводит к миллиардным затратам на налоги, которые составляют для алкоголя 6,1, для табака 14,5 млрд DM.

Зависимости крайне отрицательно отражаются на показателях здоровья населения. Продолжительность жизни у лиц с зависимостями уменьшается на 10 лет; равным образом возрастает уровень смертности, в том числе и в связи с *суицидальным риском*. По данным осторожных оценок, при алкоголизме и медикаментозной зависимости он составляет 10 %, при наркомании — 16 %.

Алкогольная зависимость. Под влиянием алкоголя (действие психотропных веществ не учитывалось) в 1988 г. было совершено 18 % дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом и около 10 % всех несчастных случаев, сопровождавшихся травмами. В *преступлениях* алкоголь играет вспомогательную роль в 50 % случаев. В *профессиональном плане* ошибки и нарушения встречаются у лиц с алкогольной зависимостью в 16 раз чаще; частота несчастных случаев на производстве у них выше в 3,5 раза; они в 2,5 раза чаще болеют.

Медикаментозная зависимость. Зависимость от психотропных препаратов в социальном плане обнаруживается значительно позже; она маскируется установленными ранее расстройствами, которые и вызывали назначение соответствующих лекарств, и скрываются «под флагом» этих ранее диагностированных расстройств. Выявляются такие зависимости при подборе имеющихся в свободной продаже медикаментов или *некритичной выписке соответствующих лекарств*, прием которых не может быть подтвержден без специальной лабораторной диагностики.

Психосоциальные последствия соответствуют приведенным выше описаниям. Как правило, они выражены меньше, чем при алкоголизме, или, вернее, *лучше скрываются*. В связи с потребностью в обеспечении себя медикаментами возможны *криминальные действия* (кража и подделка рецептов, торговля на черном рынке).

Наркотическая зависимость. Потребление наркотиков как выражение образа поведения свойственно идеологии субкультуры (например, в условиях полного отказа от связей с обществом) и едва ли может быть отграничено от зависимости. Зависи-

мость приводит к опасности *криминализации* при приобретении, хранении и употреблении наркотиков. При сильных наркотиках расходы на ежедневное употребление обеспечиваются соответствующей практикой (торговля и сделки, разбой, кражи, обман, проституция), что приводит к нелегальному положению и уходу от профессиональной и социальной деятельности.

Соматические и психические симптомы и последствия различных форм зависимостей описаны в последующих разделах.

Лечение зависимостей

Цель лечения

Терапевтическое общение с больными, страдающими зависимостями, требует, прежде всего, опытности. *Многообразие* терапевтических подходов и мультипрофессионализм в действиях лечебного персонала является эмпирическим зрелым ответом врача, вытекающим из его взглядов на причину возникновения болезни. Благоприятные *перспективы терапии* возрастают при связи с социально и эмоционально значимыми для пациента персонами. Решающее значение имеет мотивация лиц с зависимостью. Понимание пациентом болезненного характера зависимости и готовность к терапии должны быть как можно раньше использованы лечащим врачом и играют решающую роль. Доброжелательные советы и сердечные рекомендации остановиться в своем пристрастии или довольствоваться малым приводят лишь к дальнейшему развитию зависимости.

Терапия зависимостей имеет три цели: *соматическое оздоровление, психическая стабилизация и включение в социальную среду*. В зависимости от длительности и тяжести расстройств терапевтические цели варьируют в их значимости и достижимости. Во многих случаях при поддержке пациента и напряжении его жизненных сил терапия частично сокращается.

В начале лечения зависимости возникают проблемы абстиненции. В конце концов, освобождение от абстинентных явлений является сопутствующей целью и основой для дальнейшего продвижения терапии.

Теоретически интересно, хотя и не имеет практического значения для терапии, изучение социального поведения пьяниц с их несбыточными надеждами на выздоровление и экспериментальными попытками отказа от пьянства, приводящими к разочарованию.

Лечебные фазы

Лечение зависимостей делится на четыре фазы, сменяющие друг друга и не имеющие между собой четких границ. Разделяют фазу контактов и фазу прекращения приема субстанции (обе имеют большое значение для работы с мотивацией пациента), психотерапевтическую фазу, или фазу отвыкания, и фазу последующей заботы о пациенте. Лечение, в принципе, проводится в стационаре или амбулаторно; окончательное решение об этом выносится в индивидуальном порядке в зависимости от анамнеза и вида психотропной субстанции, которой злоупотребляет пациент.

Контакт-фаза в большинстве случаев осуществляется амбулаторно, в консультативном центре, группе взаимопомощи или в кабинете практикующего врача. Иногда она осуществляется в период стационарного лечения по поводу других заболеваний

или несчастных случаев, особенно тогда, когда во время пребывания в стационаре начинаются явления абстиненции. Для контакт-фазы действительно следующее положение: *«Если психотропная субстанция создает проблему, то это само по себе является проблемой»*.

Лечебные учреждения

Фазы лечения тесно связаны с предложениями по их реализации и осуществляются в специализированных учреждениях для лечения зависимых больных: специализированных амбулаторных и стационарных учреждениях, учреждениях переходного типа и группах самопомощи.

Для наркоманов в этих рамках имеются *особые рекомендации*, учитывающие своеобразие этих зависимостей. Рекомендации (терапевтические цели) постоянной курации весьма характерны. Они простираются от «рабочей улицы» через терапевтическую группу совместного проживания до группы прошедших курацию.

Специализированные амбулатории (рассчитанные на обслуживание 250 000 населения) предназначены, преимущественно, для контакт-фазы, они способствуют выработке терапевтической мотивации и дают советы относительно лечебных требований последующих фаз. Советы в отношении лечебных инстанций и персональные советы, посредничество в преодолении психологического привыкания, помощь в поисках жилища изложены в специальных рекомендательных каталогах, предлагаемых пациенту по окончании амбулаторного лечения. Этим ограничиваются возможности амбулаторного лечения.

Амбулаторное лечение может быть достаточным при выполнении определенных критериев. К ним относятся хорошая терапевтическая мотивация и еще сохранный социальная интеграция. Позитивное воздействие оказывает также возрастающая партнерская оценка. Показано лечение в группе; наличие партнера способствует взаимному лечению. Амбулаторное лечение наркоманов организуется в рамках очень важной программы по замене наркотиков (Methadon) и предложений по смягченному варианту лечения.

Стационарные учреждения в первую очередь обеспечивают отказ от приема психотропных веществ, психотерапию и наркологическое лечение.

Лечение, связанное с отменой психотропных средств, в большинстве случаев проводится в стационарных условиях, где купируются возможные осложнения. Лечение, связанное с отказом от приема психотропных средств, продолжается, как правило, от нескольких дней для большинства медикаментозных зависимостей до нескольких недель. Институт стационарного лечения используется интенсивно, если пациент имеет достаточную мотивировку для терапии зависимости. Общая дезинтоксикация при исключении других проблем зависимости создает лишь благоприятные предпосылки для дальнейшего злоупотребления. Отказ от наркотической зависимости требует лечения соответствующей группы больных в специальных учреждениях.

Стационарная психотерапия при алкогольной и медикаментозной проблематике показана в тех случаях, когда злоупотребление субстанцией является проявлением компенсации личностных расстройств или личностной дефицитарности. Она непродолжительна (до 6 недель) во избежание госпитализма и потери рабочих мест, является коллективной, рассчитанной на взаимосвязь включенных в группу лиц и должна учитывать условия социального окружения.

После амбулаторной подготовки и кратковременной интенсивной стационарной психотерапии достигается новая установка, которая должна прорабатываться в течение длительного периода последующей курации. В лучшем случае при тесном взаимодействии достигается единство амбулаторного лечения, консультирования и групп самопомощи.

В то время как психотерапия больше учитывает изменения личности, вызванные абстинентным синдромом, *лечение в период отвыкания* от приема психотропной субстанции ставит в центр внимания отклонения в поведении. Лечение наркоманий проводится в наркологических клиниках или наркологических отделениях психиатрических больниц на протяжении от трех до четырех месяцев. Большинство этих учреждений в рамках предложенного лечения подходит под критерии страховых компаний. Лечебной целью является профессиональная реабилитация лиц, страдающих зависимостью.

Для тяжелых, извращенных форм зависимости (с выраженными расстройствами личности, склонностью к криминальным действиям, интеллектуальной деградацией, бездуховностью, агрессивностью) рекомендуется длительное стационарное лечение в течение года и более; для нуждающихся в уходе предоставляются общежития или специальные интернаты.

При соответствующих реабилитационных мероприятиях у таких хронических извращенных зависимых больных через несколько лет может неожиданно наблюдаться улучшение.

Переходные учреждения (жилищные объединения, временное жилье, общежития, защищенные рабочие места) предназначены для сокращения стационарной терапии и имеют большое значение для повышения шансов на выздоровление и реабилитацию лиц, страдающих зависимостями.

*Последующие мероприятия, содержание лечебных мероприятий,
источники расходов*

Никто из страдающих зависимостью не может быть выписан из стационара, не будучи ознакомлен с возможностью **последующих мероприятий**. Эти задачи (например, помощь в преодолении жизненных трудностей, в социальной адаптации или создании благожелательного окружения с повседневной заботой о пациенте) решаются в специализированных амбулаториях, а также во все увеличивающемся количестве *организаций самопомощи* (Общество анонимных алкоголиков [AA], Голубой крест, Союз креста, Гуттемплер-союзы, Круг друзей трезвости), соблюдающих интересы зависимых.

Как показывает опыт, значение постлечебных мероприятий обычно недооценивается. Лица, страдающие зависимостью и сотрудничающие друг с другом в группах самопомощи, имеют хорошие перспективы и после купирования абстиненции могут обходиться без профессионального наркологического обслуживания.

Содержание лечения в большей части представляет комбинацию различных методов из различных терапевтических направлений (поведенческая терапия, терапия при собеседовании, аналитическая психотерапия, социотерапия и др). Как правило, преобладает групповая психотерапия, включающая в разнообразных комбинациях единичную, семейную и средовую терапию.

Источником финансирования лечения больных зависимостями является *социальная помощь*, если помощь от других источников не поступает, в *форме гарантированного законом страхования на случай болезни* (как правило, для амбулаторного лечения и обеспечения отказа от приема психотропной субстанции), *пенсионного страхования* (для лечения в наркологических клиниках). *Действенное обслуживание* больных зависимостями *обеспечивается законом*, что особенно контрастирует с неудовлетворительной терапевтической практикой в прошлом. Между страхованием на случай болезни и пенсионным страхованием существует тесное согласие, регулируемое соглашением о расходах на лечение наркоманов (1978 г.), не изменившимся до настоящего времени. Вместе с лечением зависимости врач дает каждому пациенту рекомендации в отношении системы оплаты лечения для соблюдения единства совместной работы в местных пунктах наркологического консультирования.

Профилактические (превентивные) мероприятия

Все усилия, направленные на предупреждение зависимости от субстанции или злоупотребления субстанцией, ориентируются на следующие данные:

- зависимость или злоупотребление развиваются пропорционально потреблению на душу населения, доступности психотропных субстанций, освобождению от запретов на их прием и отсутствию четких показаний к их употреблению;
- несоответствие между обещаниями и требованиями каждого общества и недостаточной верностью своим обязательствам в отношении каждого (например, «никто не должен страдать») способствует, в качестве возможной компенсации, возникновению в обществе потребности в «психотропной помощи»;
- производство и распространение психотропных веществ подлежит точному контролю; рыночные механизмы в данном случае должны регулироваться ограничительными рекомендациями.

Первичная профилактика (путем социально-гигиенических мероприятий) начинается с *предупреждений* о пагубности злоупотреблений и зависимостей и попытке путем налогообложения, *информирования* и *просветительской деятельности* подготовить общество и индивидуум к встрече с психотропными субстанциями.

Возможные мероприятия: Ограничение или регулирование чрезмерной продукции в алкогольной и фармакологической индустрии; дальнейшее ограничение рекламы. Регулирование рынка с целью пресечения избыточного поступления медикаментов, контроль за выпиской рецептов на психотропные вещества, изготовление необходимых веществ в упаковках, содержащих малое их количество. Повышение налога на алкоголь и связанное с этим направление этой части средств на борьбу с зависимостью. Временное и связанное с определенной дислокацией ограничение продажи алкогольных напитков (отказ от применения автоматов по продаже алкогольных напитков и запрет продажи алкогольных напитков на автозаправочных станциях в ночное время). Информация об опасности психотропных средств, не вызывающая страх, но уменьшающая ущерб от их употребления. Информирование и содействие, исходящее от воспитателей и других сведущих лиц. Наглядная агитация во всех местах дислокации врачей. Растущая безнаказанность в потреблении психотропных веществ, производство, торговля и реклама этой продукции должны ограничиваться и регламентироваться законными предписаниями, направленными на охрану здоровья населения. Создание медицинскими работниками определенных правил, ограничиваю-

щих потребление нужных медикаментов. Соответствующая агитация выводит на передний план сознания пути выхода из саморазрушения и самоотравления.

Вторичная профилактика (индивидуальная профилактика) обеспечивается описанными выше мероприятиями, работой по созданию мотивации для лечения, ранним началом лечения и улучшением стратегии лечения. Более подробно это изложено в соответствующих разделах данного пособия.

Третичная профилактика (профилактика рецидивов) имеет целью стабилизацию состояния даже у хронически зависимых после лечения. Для предотвращения ухудшения в распоряжении пациентов имеется широкий спектр специализированных реабилитационных мероприятий, включающих профессиональную переквалификацию и направление в общежитие со специальным обслуживанием.

ЛИТЕРАТУРА

- Alkoholismus. Eine Information für Ärzte. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Westring 2, 4700 Hamm 1, 1980.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen. DSM III-R. Beltz, Weinheim 1989.
- Feuerlein W.: Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit. 4. Aufl. Thieme, Stuttgart 1989.
- Jahrbuch '90 zur Frage der Suchtgefahren. Neuland-Verlagsgesellschaft, Adenauer-Allee 45, 2000 Hamburg 1.
- Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. III. Springer, Berlin 1987.
- Medikamentenabhängigkeit — Eine Information für Ärzte. 2. Aufl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS), Westring 2, 4700 Hamm 1, 1987.
- Völger, Gisela, Karin von Welck: Rausch und Realität — Drogen im Kulturvergleich. Rowohlt, Reinbek 1981.
- Wanke K., K.-L. Täschner: Rauschmittel. Drogen — Medikamente — Alkohol. 5. Aufl. Enke, Stuttgart 1985.

29 **Злоупотребление алкоголем — алкогольная зависимость**

Нельзя давать зависимым каких-либо гарантий; следует объяснить им, что не нужно лгать самому себе.

Цель обучения

Знания о проблемах диагноза, характере связанного с диагнозом поведения, последствиях болезни, терапевтических мероприятий и перспектив.

Классификация:

- МКБ-9: 305.0; DSM III-R: 305.00 — злоупотребление алкоголем
- МКБ-9: 303.9; DSM III-R: 303.90 — алкогольная зависимость

Диагноз

Для постановки диагноза злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости врач должен преодолеть определенные трудности, не ограничиваясь в оценке про-

должительности и тяжести заболевания лишь ответами пациентов на вопросы о количестве потребляемого алкоголя и привычном характере его потребления. Задача состоит в том, чтобы пациент видел во враче скорее помощника, чем преследователя, стремящегося ограничить привычный образ жизни с привычным способом употребления алкоголя.

Зависимость и злоупотребление приводят к соматическим, социальным и психическим изменениям. Они могут встречаться как все вместе, так и порознь.

Один 41-летний государственный советник обращал на себя внимание крайней небрежностью и бытовой запущенностью. Согласно анамнезу, пациент в течение трех лет (после повышения по службе) все больше и больше пил, количество употребляемого алкоголя достигало бутылки пшеничной водки ежедневно, причем, как говорят, это происходило исключительно на рабочем месте. Его жена не отмечала у него каких-либо психических изменений; исследования печеночных ферментов показали лишь дискретный гамма GT уровень 31 U/L.

Клинически злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость проявляются в форме интоксикации (МКБ-9: 305.0; DSM III-R 303.00), для констатирования которой требуются следующие основания: установочный нистагм, атаксия при ходьбе, дизартрия, аффективная измененность; к этому присоединяется типичный внешний вид. Вследствие растущей толерантности может возникать поразительное различие между наличием клинических признаков и уровнем содержания алкоголя в крови.

Один из пациентов с отчетливой алкогольной зависимостью был принят на стационарное лечение. Медленной, шаткой походкой он явился на первый групповой сеанс. Уровень алкоголя в его крови (даже при контрольной оценке!) достигал 4,13 промилле.

Единичные показатели, включая низкий уровень печеночных ферментов, не являются основанием для диагноза злоупотребления или зависимости. «Типичные» поражения органов встречаются часто и могут помочь диагностике. При всем том, что все системы органов могут быть повреждены алкоголем, преобладают терапевтические и неврологические картины заболевания — гепатопатии (алкогольный гепатит, жировое перерождение печени, цирроз печени), гастриты, язвы желудка, алкогольная миокардиопатия, панкреатит, полиневропатия.

Социальные последствия являются первым сигналом алкогольной проблематики: частая смена работы, замечания в связи со злоупотреблением алкоголем на рабочих местах, утрата водительских прав, правонарушения в состоянии опьянения (нанесение телесных повреждений, нанесение материального ущерба, кражи). Ссоры и трудности во взаимоотношениях в семье и с друзьями часто являются следствием и формой проявления алкогольной зависимости.

Эти конфликты, как правило, являются основанием для **личностных расстройств**. Критические способности относительно пределов собственных возможностей в фазе злоупотребления алкоголем слабеют, и их место занимает либо измененная самооценка с элементами сожаления («я — последний алкоголик»), либо грубая переоценка собственных способностей («алкоголь для меня не проблема»). При сублимном внешнем виде могут иметь место выраженные трудности в самооценке.

Диагностическая надежность не исчерпывается конкретными случаями. Такие возможности предоставляет анамнез и показатели содержания алкоголя в крови, уро-

вень печеночных энзимов у алкоголиков и данные, полученные от родственников. Помощь в надежной диагностике представляет MALT-TEST. Этот простой в своей реализации тест включается врачом в диагностику алкоголизма (см. предлагаемую литературу).

Все эти мероприятия проводятся в целях надежной и поддающейся контролю диагностики. Только длительное знакомство с пациентом дает основу для правильной оценки. Диагностика не имеет окончания, так как излишняя доверчивость врача его недоверие и в равной степени ошибочны. Это может быть причиной как спокойного употребления алкоголя, скрываемого от врача, так и употребления алкоголя в форме реакции на страх. Общеизвестно, что лица, страдающие зависимостью, охотно признают себя больными, для того чтобы привлечь на свою сторону симпатии. Оставаясь наедине с самим собой, пациент легко отказывается от этой показной роли.

Для врача составляет затруднение вопрос, представляет ли алкоголь проблему для пациента или разрешает возникшие у пациента проблемы. Принципиально важно уяснить, что *поскольку алкоголь создает проблемы, то это само по себе и есть проблема*. Остальные диагностические и терапевтические мероприятия (за исключением витальных показаний) являются второстепенными. Только в состоянии контролируемой трезвости возможны дальнейшие диагностические и терапевтические действия, проводимые при активном участии пациента. Насколько важны такие принципиальные установки, показывает следующее: симптомы отмены в виде нарушений сна, беспокойства, чувства страха часто приводят алкогольно зависимого к врачу. Назначение гипнотиков или транквилизаторов (обе эти группы препаратов являются веществами с перекрестной толерантностью к алкоголю) могут привести к ятрогенному расширению зависимости (ключевое выражение — «тяга к таблеткам»).

Вместо психодинамики¹

Алкогольная зависимость в восприятии окружающих выступает либо как преступление (он пьет, потому что не приспособлен, не владеет собой, ему ни до чего нет дела, так как он «злой человек»), либо как жертва (он пьет, потому что не имеет никаких шансов, его годы проходят напрасно, так как у него жена-тиран, а на самом деле он «хороший человек»).

Восприятие зависимого как преступника возникает чаще, чем противоположное (жертва), так как у зависимого часто неосознанно возникает более или менее выраженный агрессивный аффект, приводящий, как правило, к разрыву связей и продолжению злоупотребления алкоголем согласно поговорке «я никому не нужен». Представление об алкоголике как о жертве вызывает желание защитить его. В большинстве случаев это не вызывает благодарности, а, напротив, стимулирует агрессивные побуждения по отношению к сверхзаботливому помощнику: помощник заботится обо всем, назначает срок занятий с группами самопомощи, «проталкивает терапию». Такая «опека» (этот термин употребляют зависимые в отношении групп самопомощи) является другим разрушительным пунктом проблематики дальнейшего

¹ Lurssen (1983) исходит из психоаналитических взглядов, охватывающих современные теоретические представления об алкоголизме. E. Herdieckerhoff (1987) формулирует очень практичную и удобную концепцию понимания нарушений влечений и зависимостей.

развития зависимости. Ограничение свободы, которое связывается со сверхзаботливостью, приводит к нерегулируемому рецидиву. Если соображения о том, являются ли зависимые преступниками или жертвами, носят проблематичный характер, то пациенты однозначно переносят на врача свои упования на роль «избавителя». К нему обращаются со своими нуждами и желаниями, при контакте с ним «бедные больные» становятся симпатичными и привлекательными. В общепринятой системе взаимоотношений врач—пациент врач оказывает содействие «соблазненным и обманутым». Вообще, специалист по проблематике зависимости является не только врачом, но и человеком, который знает все о жизни, привязанностях, формах проявления болезни и взаимных конфликтах алкогольно зависимых. Незнание этих типичных образцов взаимоотношений приводит к крушению возлагаемых на врача надежд и фантазий и может явиться причиной brutальных рецидивов, что делает невозможной дальнейшую работу врача с данной группой. Быстрый разрыв установившихся с врачом взаимоотношений является причиной различных аффективных реакций от гнева до разочарования (теперь пациент снова оказывается «преступником») или повторного рецидива привычной формы зависимости, согласно поговорке «попробуем в последний раз». При этом трезвый алкоголик утверждает, что такой помощник ему «в первые пятьдесят раз» не нужен, он «в эту ловушку больше не попадет». Он объясняет свой протест просто и убедительно; такое «ловкачество» алкоголиков является основой повторного пьянства. (Это «ловкачество» исходит не от свободной воли и даже не от озлобленности пациента, оно есть следствие едва различимого страха перед психическим ущербом от самокоррекции.)

Целью общения с алкогольно зависимыми может быть только заключение «соглашения о безразличии». Соглашение это, в противоположность назойливой угодливости, панибратской и лишенной дистанции, должно состоять в кропотливой совместной работе при соблюдении определенной дистанции и оборонительной позиции. Под «безразличием» подразумевается представление любых решений, касающихся пациента, как мыслей и решений самого пациента.

Есть обоснованное мнение о том, что не следует включать эмоциональные проблемы во взаимоотношения с пациентами, и специалист должен относиться к алкогольно зависимым так же, как к больным при других медицинских дисциплинах.

Путем участия в балинт-группе обсуждаются сложные переплетающиеся между собой проблемы системы взаимоотношений между алкогольно зависимыми и врачами.

Психиатрические последствия алкогольной зависимости

Классификация ВОЗ объединяет алкогольную и барбитуровую зависимости, включая сюда и барбитуроподобные вещества (например, Clomethiazol, Distaneurin) и бензодиазепины. Пределерий¹, делирий (Delirium tremens) и генерализованные судороги могут быть следствием прекращения или уменьшения приема психоактивной субстанции.

¹ «Пределерий» — широко распространенное понятие в немецком языковом пространстве, соответствующее применяемому в DSM III понятию «отказ от применения».

Предделирий (МКБ-9: 291.8; DSM III-R: 291.80) характеризуется квартетом симптомов: тремор, потливость, учащение пульса и повышение кровяного давления.

Пациенты жалуются на исполненное страха беспокойство и алчное желание принимать спиртные напитки. Симптоматика может (но не обязательно) переходить в делирий. Пациента с симптоматикой предделирия, связанной со снижением содержания алкоголя в крови по утрам, многие называют «порхающим человеком».

Белая горячка (*Delirium tremens* — МКБ-9: 291.0; DSM III-R: 291.00) предполагает, наряду с симптомами предделирия, нарушение ориентировки (пациент, называя место и время, недооценивает характер обследования и общую ситуацию). Часто встречаются галлюцинации (преимущественно зрительные, а также слуховые и тактильные). Речь дрожащая и спотыкающаяся, движения беспокойные и стремительные, пациенты своим внешним видом и поведением обращают на себя внимание окружающих. Они жалуются на внутреннее беспокойство, глобальные нарушения сна и дисфорическое настроение. Больные очень внушаемы: они могут читать с пустого листа, завязывать несуществующие веревки. Для делирия нет патогномоничных симптомов. Особую трудность для диагностики представляет атипичный делирий. Около 15 % больных алкоголизмом страдают белой горячкой. Неизвестно, почему делирий пощадил остальных.

Делирий не является исключительно патогномоничным спутником алкогольной зависимости. При органических заболеваниях (например, склероз сосудов головного мозга, энцефалит) возможны делириозные картины, так же как и при применении ряда медикаментов (антихолинэргетиков, например атропина; антидепрессантов, например имипрамина; туберкулез-статиков, например INH)

Генерализованные судорожные припадки (*Grand-mal-Typ*) в рамках алкогольного синдрома отмены встречаются примерно в 20 % всех случаев; чаще всего они предшествуют белой горячке.

Энцефалопатия Вернике (*Wernicke* МКБ-9: 291.1; DSM III-R: 291.10) — требующее лечения заболевание, которому предшествует делирий. Пациенты обнаруживают тяжелую степень неуверенности при ходьбе (неустойчивость походки), жалуются на двоение в глазах; клинически обнаруживаемые полиневропатия, иногда атаксия, нистагм и паралич глазных мышц также являются признаками этого заболевания. Нейропатологические исследования показывают пролиферацию и дилатацию капилляров, а также петехиальные кровоизлияния в области маммиллярных тел (*Corpora mammillaria*).

Корсаковский синдром (МКБ-9: 291.1; DSM III-R: 291.10) может развиваться исподволь, а также быть последствием белой горячки или энцефалопатии Вернике. Для него характерны нарушения способности к запоминанию, поражение памяти на новые (текущие) события, дезориентировка во времени, часто сопровождающаяся и нарушением ориентации в пространстве. Могут встречаться конфабуляции, однако они не являются обязательными. Психопатологические обследования при корсаковском синдроме выявляют длительный алкогольный анамнез.

Диагноз алкогольной деменции (МКБ-9: 291.2; DSM III-R: 291.20) не может быть выставлен раньше чем через три недели после купирования алкогольной абстиненции. Деменция распознается как поражение абстрактного мышления (например, трудность при подыскивании необходимых слов и выражений), умственных возможностей, а также кортикальных функций в форме афазии, апраксии, агнозии. Сознание больных с алкогольной деменцией не затемнено; этот диагноз следует ограничивать от делирия.

Компьютерная томография подтверждает возможность выраженной корковой атрофии при длительной алкогольной интоксикации, напоминающей таковую при инволюционных атрофиях. Это еще одно из многих оснований для помещения больных алкоголизмом с тяжелыми органическими и психическими расстройствами в социально-терапевтические интернаты, что способствует их активизации и увеличению продолжительности жизни, свободной от алкоголя.

Алкогольный галлюциноз (МКБ-9: 291.3; DSM III-R: 291.30). При этом заболевании обнаруживается преобладание слуховых галлюцинаций с оскорбительным, наносящим ущерб или преследующим содержанием. В противоположность делирию при этом отсутствует дезориентировка, пациенты не являются внушаемыми и у них нет предделириозной симптоматики. Картина хронического галлюциноза может расширяться (выходить за пределы галлюцинаций), что делает ее неотличимой от шизофренических состояний.

Алкогольный бред ревности (МКБ-9: 291.5; DSM III-R: 297.30, 303, 90) встречается только у мужчин. Он характеризуется гротескными идеями ревности: партнеры подозреваются в измене, все объяснения расцениваются только как доказательства неверности. Исследования происхождения бреда ревности свидетельствуют о ведущей роли психодинамического аспекта: связанные с отвращением отказы партнера в близости, уменьшающаяся потенция при независимом от обстоятельств увеличении либидо в сочетании с вызванным алкоголизмом снижением критики дают объяснение этой клинической картины. Прогноз при отказе от алкоголя и соответствующем попечении вполне благоприятен.

Особое место занимает **патологическое опьянение** (МКБ-9: 291.4; DSM III-R: 291.40, называемое в этой классификации идиосинкразической алкогольной интоксикацией).

Патологическое опьянение нельзя назвать следствием алкогольной зависимости, скорее это состояние следует расценивать как реакцию, возникающую, как правило, после приема малых доз алкоголя, когда поведение пациента приобретает черты, чуждые его личности. Для этого состояния характерна амнезия случившегося во время опьянения, заканчивающегося сном. Этот диагноз устанавливается исключительно редко и должен быть тщательно ограничен от диссимуляции (связанной с ответственностью за агрессивное поведение).

Тяжелым последствием массивного потребления алкоголя во время беременности может быть высокая вероятность возникновения алкогольной *эмбриопатии*. Она встречается у 30–40 % женщин, страдающих алкогольной зависимостью в репродуктивном возрасте. Алкоголь проникает через плацентарный барьер, вследствие чего продукт его деградации ацетальдегид вызывает нарушение синтеза протеинов и нуклеиновых кислот. Это является причиной патогенеза внутриматочных и постнатальных недостатков развития, задержки психического развития, микроцефалии, расторможенности (гиперактивности), мышечной гипотонии, так же как и болезненных уродств сердца, головы и гениталий. Врач в рамках дородового консультирования должен принимать во внимание, что наличие этих факторов является показанием для прерывания беременности.

В связи с нарастающей опасностью для жизни, а также принимая во внимание возможные юридические последствия, следующие клинические состояния являются показанием для госпитализации: сопор или кома, патологическое опьянение, генерализованные судороги в рамках начинающегося синдрома отмены, белая горячка и энцефалопатия Вернике.

Терапевтические и неврологические **последствия алкоголизма** (гастрит, панкреатит, полиневропатия, гепатопатия) должны лечиться соответствующими специалистами. Важной является необходимость совместного лечения основного заболевания (алкогольная зависимость) и его последствий. Все эти соображения являются предпосылками для принятия терапевтических решений.

Фармакотерапия заболеваний, связанных с последствиями алкоголизма.

Фармакотерапия последствий алкоголизма с психиатрической точки зрения обходится небольшим количеством медикаментов. При *анормальном опьянении* (как правило, при алкогольной интоксикации с агрессивным возбуждением), назначаются нейролептики средней активности (например, Truxal). Предделириозная симптоматика не требует обязательного медикаментозного лечения. Оценка состояния должна опираться на анамнез (например, делириозные состояния или судорожные припадки в прошлом) и данные актуального обследования.

Растянутое во времени амбулаторное лечение дистринеурином при высоком потенциале зависимости этого препарата и неконтролируемом его приеме противопоказано.

Медикаментозная терапия алкогольного делирия должна проводиться в стационаре. Принципиально важно применение средств с перекрестной толерантностью: в США — бензодиазепины, в Германии, преимущественно, клонетазол (Clomethiazol [Distraneurin]). Уровень (дозировка) медикаментов зависит от взаимосвязанной оценки таких показателей, как пульс, кровяное давление, потливость, тремор, а также учета психопатологических критериев (галлюцинации, беспокойство, дезориентировка). Инфузионная терапия, направленная против возможных комплексных осложнений (подавление дыхания, нарушения кровообращения, опасность пневмонии), должна проводиться в условиях стационарной интенсивной терапии. Следует следить за достаточной защитой от возможных судорожных состояний. При продуктивной психотической симптоматике в рамках белой горячки (зрительные, слуховые галлюцинации) рекомендуется применение бутирофенонов (например, Halldol в дозе от $3,0 \times 2$ до $3,0 \times 4$ внутривенно). При *галлюцинозе* используются нейролептики с высоким потенциалом действия. Диагноз *алкогольной энцефалопатии Вернике* требует немедленного применения как можно более высоких доз витамина В-1 внутривенно, с учетом того обстоятельства, что аллергические реакции на него хотя и редки, но возможны. Профилактическое применение витаминов и средств защиты печени не показано. Окончательное мнение о лечебном эффекте пирacetama для лечения синдрома отмены еще не сложилось. Общеизвестен клинический опыт, свидетельствующий о том, что *адекватное лечение пациента* часто приводит к экономии медикаментов. Нередко делириозная симптоматика нарастает в ночное время, между прочим, еще и потому, что больной в это время остается наедине с самим собой. Следует учитывать биологическую закономерность в рамках сдержанного применения психотропных средств: беспокойство и потребность в оказании помощи уменьшаются тогда, когда у пациента имеется возможность заниматься обычной деятельностью, и увеличивается при вынужденном бездействии в ожидании помощи на больничной койке.

Терапия путем выработки отвращения. Она развилась из практики применения эметина и состоит в рекомендации применения средств, вызывающих рвоту (например, антабус) для замены удовольствия от приема алкоголя на отвращение к нему. На протяжении многих лет мы не встречали ни одного случая показаний для рекомендации таких средств.

Если пациенты проявляют готовность изменить свой расточительный образ жизни и принимать любые медикаменты для избавления от своей страсти, мы едва ли можем найти основания для какой-либо терапии, кроме участия в группах самопомощи.

Путь к психотерапии

«Человек, страдающий зависимостью, получает не то, что он хочет, а то, в чем он нуждается».

Это выражение, правильно понятое, должно служить предостережением для тех, кто, употребляя спиртные напитки, хочет защититься от алкогольной зависимости. Зависимые больные нуждаются в *настойчивом и компетентном* противопоставлении в выработке нового образа жизни.

Под *компетентностью* подразумевается правильная интерпретация соматических симптомов, психических нарушений и бросающихся в глаза социальных последствий. Таким компетентным человеком может быть домашний (семейный) врач с его знанием о болезнях, семейной и профессиональной ситуации, а также о личности пациента. Он должен как можно раньше сообщить пациенту информацию о возникшем злоупотреблении или начинающейся зависимости.

При общении с пациентом проводится основанная на опыте разъяснительная беседа о необходимости лечения и предлагаются соответствующие пути терапии. Эти разъяснения касаются каждого пациента и основаны на следующем:

- симптомы и их интерпретация (например, алкогольный гастрит) или обсуждение характерного вида пациента;
- трактовка бессмысленности известных желаний и отказ от их выполнения (например, требование назначения печеночных протекторов при продолжающемся злоупотреблении алкоголем);
- рекомендация обращения в соответствующие общественные консультативные пункты или учреждения специального назначения (специализированные амбулатории, группы самопомощи);
- обозначение границы между собственными возможностями (в отказе от приема алкоголя) и способностью это сделать. Это можно установить при условии тесного и существенного контакта с истолкованием и обоснованием во время собеседования тех последствий, к которым может привести дальнейшее употребление алкоголя.

На первом месте в деле реализации стремления изменить алкогольный образ жизни должно стоять решительное предложение категорического отказа от приема алкоголя как одного из условий лечения.

Как тяжело приходится человеку обслуживающей профессии, страдающему алкогольной зависимостью, мы наблюдаем ежедневно в больницах общего профиля. Без всяких слов это ясно, когда такой пациент не забывает дорогу к киоску со спиртными напитками, несмотря на устрашающие запреты. Иногда похмельная симптоматика изменяет и характер предоперационной подготовки. Инъекции алкоголя в период операции являются не такой уж редкой практикой. Здесь это является не недостатком знаний, но готовностью к определенным последствиям, хотя и конфронтирующим с прежними установками. Врач вынужден пренебречь своими знаниями (например, вследствие лечебной необходимости) и сделать соответствующее назначение, которое пациент принимает с благодарностью. Здесь ясно, что традиционная роль

доброжелательного советчика возрастает при заключении соглашения с пациентом, при том что в дальнейшем он встретит решительную позицию врача в отношении алкогольнозависимой проблематики.

Алкогольная зависимость является *фактором риска* (например, при гипертонии или сахарном диабете) и в связи с этим требует адекватного лечения. Это могут быть и единичные случаи, когда перед плановой операцией происходит контролируемый отказ от зависимости. В случае если пациент отказывается от проведения соответствующих методов лечения зависимости, возможна отсрочка оперативного вмешательства и коллективное воздействие на пациента окружающего его коллектива. Следует избежать недоразумения: такой метод неприменим для пациентов, лишенных способности реагировать на общественное мнение, например для больных с алкогольной деменцией, чье соматическое состояние представляет витальную угрозу. Им проводится терапия, которая соответствует опасности установленной ранее болезни и ее последствий.

Домашние врачи и практикующие психиатры имеют дело, преимущественно, с последствиями алкоголизма; в терапевтических и хирургических отделениях больниц нет возможности проводить специальные мероприятия, связанные с основным диагнозом зависимости.

Психологи и социальные работники в специализированных амбулаториях и консультативных пунктах, наряду с амбулаторной терапией, проводят мероприятия по подготовке к стационарному лечению и выполняют задачи по поддержке лиц, прошедших терапию. Стационарное лечение проводится в психиатрических, психосоматических и специализированных клиниках. Продолжительность лечения составляет от двух до шести месяцев, в зависимости от тяжести заболевания и терапевтической концепции. Лечение наркомании (алкоголизма) — это реабилитационное мероприятие, которое необходимо предлагать лицам, располагающим пенсионной страховкой. Находят применение различные психотерапевтические предложения (поведенческая терапия, глубиннопсихологические, «гуманистические» терапевтические методы); преобладает, однако, групповое психотерапевтическое лечение. Коллективную работу с больными проводят специалисты разных профилей (социальные работники, физкультурные работники, трудотерапевты). Высокая личностная мотивация и получение социальной поддержки обеспечивают возможность амбулаторной терапии. Чем больше соматических, душевных и социальных последствий вызывает болезнь, тем больше показаний для стационарного лечения. Необходимо ориентироваться на то, что лучше начинать действовать рано и интенсивно, чем тщательно топтаться у порога.

ЛИТЕРАТУРА

- Alkoholismus. Eine Information für Ärzte. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Westring 2, 4700 Hamm 1, 1980.
- Antons K., W. Schulz: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. I und II. Hogrefe, Göttingen 1984.
- Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM III-R. Beltz, Weinheim 1989.
- Feuerlein W.: Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit. 4. Aufl. Thieme, Stuttgart 1989.
- Herdiackerhoff E.: Symptomspezifische psychoanalytische Differentialdiagnostik von psychischer Abhängigkeit und Sucht, Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. Bd. XIII. Verlag für medizinische Psychologie, Göttingen 1987.

- Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: *Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie der Gegenwart*. 3. Aufl. Bd. III. Springer, Berlin 1987.
- Rost W.-D.: *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Klett-Kotta, Stuttgart 1987.
- Schrapppe O.: *Toxikomanie*. In: Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts», Psychiatrie, Band 2. Beltz, Weinheim 1983.

30 Злоупотребление медикаментами — медикаментозная зависимость

Цель обучения

Знания об обращении с психотропными препаратами; сведения об основных положениях терапии, прогнозе, проблемах диагностики и болезненных последствиях злоупотребления психотропными препаратами.

Классификация:

МКБ-9: 305.4, 305.7, 305.9; DSM III-R: 305.40, 305.70 — злоупотребление медикаментами

МКБ-9: 304.1, 304.4; DSM III-R: 304.10, 304.40 — медикаментозная зависимость

В то время как при алкогольной зависимости врачи в большинстве случаев имеют дело с последствиями заболевания, зависимость, возникшая от применения медикаментов, имеет совсем другое значение: медикаментозное лечение является *прерогативой врача*, действенность этого вида лечения сама по себе представляет расплату за возможность возникновения злоупотребления и зависимости. Выписывающий рецепт является иногда неосведомленным, а иногда осведомленным «сообщником» злоупотребляющих и зависимых. Пациент проходит мимо «игольного ушка» рецепта в случае, когда медикаменты можно приобрести в свободной продаже (даже если они имеют потенциал зависимости) или криминальным путем. Роль врачей в проблеме злоупотребления медикаментами и зависимости от них и особенно в профилактике этих злоупотреблений трудно переоценить. Отсюда вытекает необходимость осознанной ответственности при реализации этой врачебной монополии.

Руководящие указания

Диагностическая неуверенность, особенно при «функциональных» жалобах, поддерживает иллюзию, что наиболее действенной и лишенной риска терапией является рекомендация средств, облегчающих боль и успокаивающих пациента, в соответствии с поговоркой «облегчить душу» (например, назначение транквилизатора *Lexotanil*). Врач должен решать, как ему относиться к настоятельным требованиям пациента назначить препарат с потенциалом зависимости, и противостоять соответствующим обещаниям фармацевтической индустрии при выборе адекватного препарата. Кроме того, следует противостоять необоснованным страхам пациента перед возможным вредом, наносимым каждым препаратом, руководствуясь при этом собственной практикой в устранении возможных побочных действий этого препарата.

Правила обращения с психотропными препаратами

— Для назначения наркотических средств и их технического применения используется подходящий раздел (статья) пособия «Назначение наркотиков» W.K. Junge в ежегодно переиздающемся «Красном листе».

— Никто не дает права нарушать здоровье. Например, жалобы на расстройство сна далеко не всегда обусловлены болезнью. Врач, который это понимает, не будет «рефлекторно» назначать снотворные.

— Следует постоянно контролировать себя вопросом, *нельзя ли добиться тех же результатов другим путем*, например, предоставляя пациенту дополнительную информацию, проводя конфликт-центрированное собеседование, назначая препарат растительного происхождения, предлагая методику, снимающую напряжение (аутогенная тренировка преподается в качестве специального курса в большинстве народных высших школ).

— При назначении психотропного лекарства следует принимать во внимание его *потенциал зависимости*. Не имеющие такого потенциала нейролептики (например, Thioridazin, Melleril) обладают отчетливым снотворным действием, тогда как их потенциал зависимости практически не выявляется.

— Должно применяться только *одно психотропное вещество*; назначение комбинированных препаратов (например, Limbatriл) не рекомендуется.

— Транквилизаторы и средства, вызывающие сон, применяются не более двух недель; единичные случаи более продолжительного применения этих препаратов должны быть обоснованы и служить предметом повышенного внимания. Ответственность предписаний должна тщательно контролироваться.

— Исключено назначение лекарств, подавляющих аппетит.

— Исключено назначение амфетамина, за исключением таких показаний, как нарколепсия и минимальная церебральная дисфункция (MZD).

С психиатрической точки зрения, не существует показаний для применения *барбитуратов, бромидов и Methaqualone*.

Диагноз

Медикаментозно зависимые пациенты представляют значительно больше диагностических проблем, чем больные алкоголизмом: у них нет «типичных» соматических расстройств, делирий возникает на поздних этапах и при тяжелой степени зависимости. Сущность симптоматики состоит в невозможности выявить абстиненцию и сокрытии ее, что связано с благоприятными возможностями для припрятывания препаратов (например, в кошелечек) и позволяет скрывать их прием. В связи с этим медикаментозная зависимость часто не распознается.

Один 25-летний пациент проходил лечение в семи больницах по поводу неправильно установленного диагноза, пока, наконец, не стала очевидной медикаментозная зависимость.

Клинические симптомы приема бензодиазепинов или барбитуратов носят признаки интоксикации: неуверенность походки, дизартрия, установочный нистагм. Психопатологические симптомы выявляются при тяжелой интоксикации, которая связана с превышением пациентом дозировки препарата. Бросается в глаза неустойчивость внимания даже во время обследования (например, отсутствие концентрации внимания). На ЭЭГ постоянно выражен бета-ритм.

При интоксикации средствами, снижающими аппетит, или стимуляторами наблюдается в большинстве случаев тахикардия и повышение кровяного давления вместе с расширением зрачков. Психопатологически наблюдаются тревога и двигательное беспокойство; изменения на ЭЭГ нетипичны.

Подозрение на злоупотребление медикаментами и зависимость от них может подтвердить повторяющееся исследование мочи на наличие в ней психотропной субстанции.

Функциональные жалобы больных иногда могут быть следствием медикаментозной проблематики. Нарушения активности, расстройства сна, неопределенный страх, утрата способности к концентрации внимания, беспокойство, боли в конечностях, головные боли легко могут служить основанием для назначения болеутоляющих и успокаивающих средств. При этом следует подумать о том, что такие жалобы могут быть проявлением синдрома отмены и возникшей зависимости от применения низких доз.

Внимательного отношения требуют пациенты, которые настаивают на назначении им активного психотропного препарата, уклоняясь при этом от разъяснений по существу или отклоняя их. Частая смена врача также должна расцениваться как попытка скрыть основную причину заболевания.

Медикаменты в контексте зависимости и злоупотребления

Малые анальгетики

В 1988 г. в ФРГ в свободной продаже было приобретено 70 млн. упаковок болеутоляющих средств, которые включали аспирин и парацетамол и использовались как действующие анальгетики; в соответствии с современным состоянием знаний, они не имеют никакого потенциала зависимости. Применение их с кофеином при хронической головной боли может способствовать возникновению злоупотребления. Следует также принимать во внимание, что длительное применение комбинации болеутоляющих средств может служить основанием для предположения о том, что оно является одной из причин поражений почек.

Транквилизаторы и снотворные

Все без исключения транквилизаторы и снотворные имеют потенциал зависимости (МКБ-9: 304.1, 305.4, DSM III-R: 304.10, 305.40). Практически все применяемые в наше время транквилизаторы являются *производными бензодиазепина*. Это связано с малым наркотическим эффектом (при одновременном снотворном эффекте), ограниченным влиянием на REM-фазу сна (Rapid-eye-movement-Schlaf), низким уровнем воздействия на ферменты и тем обстоятельством, что они (бензодиазепины), как моносубстанция, не пригодны для совершения суицида. Преимущество ограниченного (по сравнению, например, с барбитуратами) потенциала зависимости подталкивает к недостаточно взвешенной выписке рецептов. *Rebound-феномен*, а значит, появление страха, беспокойства и нарушений сна при отмене бензодиазепинов, принимаемых в небольших дозировках (например, Tavor 1,0 мг в течение трех недель), вынуждают сдержанно относиться к распространенной практике выписки этих препаратов.

Невротическое развитие, сопровождающееся страхами и нарушением сна, особенно часто расценивается как показание для назначения транквилизаторов.

Врач, выписывающий рецепты, должен знать, что длительное применение фармакологических средств индуцирует дополнительные болезненные явления. Амбулаторная отмена препаратов в таких случаях невозможна.

При длительном назначении препарата для лечения коронарной недостаточности (Persumbran — 1 мг в течение года) у сердечного больного возникла ятрогенная зависимость. В лекарственные средства входил и бензодиазепин, при отмене которого психические расстройства усилились. Запрет подобной бессмысленной практики очевиден.

В то время как бензодиазепины, как средства, вызывающие сон, имеют определенную привлекательность, применение *барбитуратов* в качестве снотворных препаратов имеет зависимое от дозировки ступенчатое действие: успокоение—сон—наркоз—кома—смерть. В связи с выраженностью потенциала зависимости, массивной редукцией фазы быстрого сна, поражением энзиматозной функции, высокой токсичностью и «суицидальной пригодностью» психиатрические *показания для назначения барбитуратов отсутствуют*.

Значение и показания для применения барбитуратов в неврологии (эпилепсия в форме ночных припадков) и при анестезии остаются неизменными.

Алкогольсодержащие препараты

Большую часть медикаментов, особенно находящихся в свободной продаже, составляют препараты, содержащие высокий процент алкоголя. Например, некоторые лекарства, изготовленные в женском монастыре Melisengeist, содержат до 79 % составных частей алкоголя. Под маской медикаментозного потребления может возникнуть алкогольная зависимость или рецидив.

«Красный лист» дает информацию о том, в каких препаратах и в какой дозе содержится этанол.

Стимуляторы

МКБ-9: 304.4, 305.7

DSM III-R: 305.70, 304.40

Под стимуляторами подразумеваются медикаменты, содержащие амфетамин, эфедрин, норпсевдоэфедрин. В связи с высоким потенциалом зависимости амфетаминсодержащие препараты (Methylphenidat, Ritalin и Phenetylлин, Captagon) выписываются по тем же правилам, что и наркотики. Их прием вызывает кратковременное повышение активности (продуктивности), которая, как показывает объективная проверка, при длительном применении носит нестойкий характер. Этими медикаментами злоупотребляют юноши и наркоманы. Эфедрин содержится в многочисленных препаратах для отхаркивания (например, Dotex). Норпсевдоэфедрин содержится в многочисленных препаратах, подавляющих аппетит, некоторые из которых находятся в свободной продаже (например, Recatol N и Fugora N). Они часто применяются как замена амфетамина. До сих пор исследования не показали, является ли применение этих веществ необходимым для лечения или они применяются для самолечения. В 1988 г. на все норпсевдоэфедриновые препараты в ФРГ было затрачено 43,1 млн DM. Медицинских показаний для применения такого количества этих препаратов не было.

Слабительные и мочегонные

Этими медикаментами в возрастающем объеме злоупотребляют, преимущественно, женщины (МКБ-9: 306.9; DSM III-R: 305.90). Их потенциал зависимости, однако, не определен.

Болезненные последствия злоупотребления медикаментами и медикаментозной зависимости

Инттоксикация

Медикаментозное злоупотребление и зависимость выявляются клинически значимой интоксикацией:

- при передозировке, особенно при замене препарата на новый;
- при комбинированном применении, особенно барбитуратов и/или транквилизаторов с алкоголем;
- при попытке купирования симптомов отмены (например, при отмене опиатов и замене их барбитуратами);
- при попытках суицида лечение основано на принципах неотложной медицины.

Синдром отмены

Барбитураты. Симптоматика отмены (абстинентная симптоматика) при барбитуровой, клонетиазоловой (Clomethiazol) или бензодиазепиновой зависимости (МКБ-9: 292.0; DSM III-R: 292.00) клинически не отличается от синдрома алкогольной отмены; при лечении синдрома отмены нужно учитывать, что картина делирия может встречаться даже через восемь дней после отмены барбитуратов или транквилизаторов.

Амфетамин. Синдром отмены при злоупотреблении или зависимости от амфетамина (МКБ-9: 292.0; DSM III-R: 292.00) преимущественно характеризуется истощаемостью, нарушением сна с преобладанием сновидений и депрессивным настроением. Под влиянием приема амфетамина возникают *психотические синдромы* (МКБ-9: 292.1; DSM III-R: 292.11) — идеи отношения, агрессивность и враждебность, состояние страха и психомоторного возбуждения, — которые могут затягиваться на неделю и более. *Делириозное состояние* (DSM III-R: 292.81), как правило, длится в течение шести часов.

Социальная депривация при барбитуровой и амфетаминовой зависимости может приобретать значительные масштабы, как и при алкогольной зависимости, когда поражение центральной нервной системы может привести к развитию слабоумия. Любая другая форма злоупотребления субстанцией с потенциалом зависимости также не может быть застрахована от таких последствий.

Терапия и прогноз

Начальная терапия (терапия отмены), как правило, проводится в *рамках стационара*, что связано как с необходимостью контролируемого отказа от приема наркотиков, так и с нарушением сна, часто встречающимися беспокойством и страхом, связанными с тяжелой абстиненцией и делающими амбулаторную терапию малопривлекательной.

Эта *контролируемая медикаментами абстиненция* (включая алкогольную) является основой работы с каждым пациентом, несмотря на его негативное отношение к этому. Ближайшее окружение (особенно члены семьи) должны включаться в разработку дальнейших планов и стратегии лечения.

Прогноз тем более благоприятен, чем раньше пациент начинает лечение. Он благоприятен тогда, когда пациенту удается осмыслить, для чего он принимает наркотическое средство (неполноценность чувств, невозможность добиться успеха, стремление к признанию, желание чувствовать себя в безопасности) и какие имеются *безвредные и удовлетворяющие его альтернативы этому*. Очень важной является необходимость последующего длительного заботливого и защищающего наблюдения, преимущественно в группах самопомощи.

Часто контакты в группах самопомощи рассматриваются только как безвредная альтернатива медикаментозной зависимости. Вследствие этого из поля зрения выпадают пациенты, для которых участие в групповых контактах является источником радости и удовлетворения.

Способность к сотрудничеству (даже выходящему за рамки проблематики злоупотребления) является основным исходным пунктом терапевтической работы.

Настойчивая поддержка окружающих (в равной степени родственников и лечащего врача) возможна в консультативных пунктах и специализированных клиниках, представляющих пациенту соответствующую помощь и разъяснения.

ЛИТЕРАТУРА

- Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM III-R. Beltz, Weinheim 1989.
 Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren. Neuland-Verlagsgesellschaft, Adenauer-Allee 45, 2000 Hamburg 1.
 Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie der Gegenwart. 3. Aufl. Bd. III. Springer, Berlin 1987.
 Medikamentenabhängigkeit — Eine Information für Ärzte. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS), Westring 2, 4700 Hamm 1, 1990.
 Ramström J.: Drogenabhängigkeit. Deutscher Ärzteverlag, Köln 1984.
 Schrappe O.: Toxikomanie In Kinders «Psychologie des 20. Jahrhunderts», Psychiatrie, Bd. 2. Beltz, Weinheim 1983.
 Völger, Gisela, Karin von Welck: Rausch und Realität — Drogen im Kulturvergleich. Rowohlt, Reinbek 1981.

31 Злоупотребление наркотиками — наркотическая зависимость

Цель обучения

Знания о действии наркотиков, клинических последствиях злоупотребления наркотическими веществами и об обращении с наркотикозависимыми пациентами.

Определение понятия

Понятие «наркотики» включает в себя опиаты, кокаин, гашиш, галлюциногены и средства для нюхания.

Эти вещества или группа веществ применяются, преимущественно, юношами и подростками. Понятие «наркотическая сцена» охватывает сходство потребления, личностных расстройств, способа злоупотребления и социального поведения у тех, кто участвует в совместном употреблении наркотиков.

При потреблении незарегистрированных наркотиков (например, гашиш, героин, LSD) или наркотических средств, выписка которых предусмотрена специальной процедурой (например, Pentazoin, Fortral), злоупотребление и зависимость носят криминальный характер.

Средства для нюхания, находящиеся в свободной продаже, которыми злоупотребляют в юношеском возрасте, справедливо считаются вызывающими, как правило, тяжелые личностные расстройства.

Проявления наркотической зависимости на протяжении последних лет претерпели отчетливые изменения. Наркоманы теперь выявляются не только среди лиц с тяжелыми материальными условиями жизни. Увеличивается число пациентов с наркотической зависимостью из буржуазных семей, имеющих профессиональное образование.

Едва ли на увеличение или уменьшение количества наркозависимых пациентов влияют социальные конфликты (студенческие движения, безработица среди молодежи); характер употребления наркотиков, однако, отражает лежащие глубоко в их основе личностные расстройства.

Один 19-летний безработный-алкоголик на вопрос, почему он до сих пор отказывался от применения гашиша или галлюциногенов, отвечал, что это связано со страхом перед таким видом наркотического опьянения, которое вызывает безотчетный ужас и панику («Noportrips»). Этот молодой человек был удручен своим патологическим влечением и снижением волевых качеств в связи с тем, что свою агрессивную напряженность купировал с помощью центрального сдерживающего влияния алкоголя. Применение опиатов в его компании (члены которой употребляли алкоголь в больших количествах) исключено. Scheidt (1976) делает различие между депрессивным и шизоидным типом злоупотребления и возможностью развития наркомании. Для первого типа характерно начало злоупотребления в группе, для второго — начало наркотического пути в одиночку, в крайнем случае и спорадически — вдвоем. Со слов одного из пациентов, он применяет наркотик, так как «нуждается в опьянении, чтобы чувствовать себя живым». И действительно, в состоянии наркотического опьянения он может находить контакт с окружающими в соответствии со своим личностным уровнем и испытывает чувство исполненного смысла существования. Он называет наркотики средством, которое поддерживает его и придает смысл каждому шагу его жизни.

Злоупотребление и зависимость при различных типах наркотиков

Наркотики опиатного типа

Фармакологическим наркотическим действием обладают опиумные алкалоиды (например, Pantopon), полусинтетические опиатные производные (например, Dilandid, Heroin) и синтетические анальгетики (например, Dolantin, Fortral, Temgesic). В связи с тем, что действие этих веществ вызывает склонность к злоупотреблению и зависимость (МКБ-9: 305.5; DSM III-R: 305.50 — злоупотребление; МКБ-9: 304.0; DSM III-R: 304.00 — зависимость), они относительно распространены среди лиц с медицинской специальностью, применяющих в своей практике наркотики. Так, половина зависимых от (Pentazocin) — медики.

В настоящее время анальгетики центрального действия (за исключением Opiod Tramadol, Tramal) выписываются по правилам, относящимся к назначению наркотиков. Только Tilidin (Valoron), в основе которого лежит опиумный антагонист налоксон (Naloxon), непригоден как средство для серьезного злоупотребления.

Такие противокашлевые средства, как кодеин (*Codeinum phosphoricum Compipretten*, *Codipront*, *Codicaps*) и *Dihydrokodein* (*Remedacen*) имеют неоспоримый потенциал зависимости, так как 20 % их действующего начала состоит из морфина. Особенно часто в качестве наркотика кодеинсодержащие препараты применяются в качестве замены при перерывах в обеспечении другими наркотиками.

О способах действия и локализации действия анальгетиков мы до сих пор знаем очень мало, за исключением того, что они являются средством селективного центрального одурманивания. Этот спектр действия дает повод для использования веществ этой группы как средств для первичного купирования агрессии. Среди злоупотребляющих этими препаратами описываются лица с ранними расстройствами личности в форме агрессивного поведения. Длительность действия препаратов составляет от одного до четырех часов.

Повседневная жизнь этих пациентов в значительной степени определяется потребностью в приобретении наркотического вещества (расходы на это составляют ежедневно от 200 до 600 DM), активностью по обеспечению себя этим препаратом и предотвращению отмены или уменьшения его приема. Торговля, проституция, хищение, кража рецептов и их подделка переплетаются между собой и с течением времени вред ли уменьшаются.

Клинические последствия опиатной наркомании. Интоксикация диагностируется триадой симптомов: бессознательное состояние, подавление дыхания, сужение зрачков до размера булавочной головки. Опиатная абстиненция (синдром отмены опиатов, МКБ-9: 292.0; DSM III-R: 292.00) характеризуется подъемом кровяного давления, учащением пульса, расширением зрачков, бессонницей, потливостью, слезотечением и диареей. Пациенты испытывают страх, беспокойство и одержимы жадой приема наркотиков.

Дезориентировка, внушаемость, галлюцинации не характерны для опиатной абстиненции и встречаются только при алкогольно-барбитуровом синдроме отмены. В случаях, если такие симптомы встречаются при опиатной наркомании, это является признаком проявления поливалентной зависимости.

Опиатная зависимость часто требует терапевтического (гепатопатия, тромбофлебиты, тромбозы), дерматовенерологического (люес, гонорея, чесотка) и хирургического (абсцессы) лечения.

Где бы ни проводилось лечение основного заболевания (в соответствии с рекомендациями пунктов консультирования наркоманов), требуется неукоснительное и аккуратное применение замещающих психотропных препаратов.

Наркоманы образуют группу риска в отношении СПИД-инфицирования. Диагностические, терапевтические и правовые проблемы разрешаются каждым пациентом под руководством врача; специальные вопросы, касающиеся проблемы СПИДа, изложены в соответствующих руководствах.

В противоположность пациентам, требующим выписки барбитуратов, бензодиазепинов, «средств от кашля» в завуалированной форме, при опиатной наркомании такие требования категоричны и приводят к конфронтации с медицинским персоналом. При всей ясности принципиальной позиции (категорический отказ исполнения таких требований и предложение стационарного лечения для снятия абстиненции) врачу часто бывает трудно избежать ошибки при грубом ситуативном давлении.

Гашиш

При интенсивном потреблении гашиша (злоупотребление гашишем: МКБ-9: 305.2; DSM III-R: 305.20; гашишная зависимость: МКБ-9: 304.3; DSM III-R: 304.30) описывается только повышение толерантности; синдром отмены не обязателен. Гашиш (индийская конопля, марихуана, анаша) употребляется молодежью, преимущественно школьниками и учащимися средних учебных заведений. Наркотическое действие этого вещества длится от одного до трех часов и сопровождается беззаботностью, эйфорией, повышением способности к контакту, искажением восприятия времени и пространства, повышением самооценки и улучшением самочувствия. Часто данное злоупотребление остается без последствий; иногда встречается дальнейшая стадия злоупотребления, выражающаяся в нарушении социального поведения. Злоупотребление гашишем может служить пусковым механизмом для развития шизофренических психозов; у пациентов с этим диагнозом злоупотребление гашишем может увеличить опасность обострения основного заболевания. В качестве осложнений можно ожидать состояния панического возбуждения (МКБ-9: 292.1; DSM III-R: 292.11) и уголовных последствий, связанных с действиями по приобретению этого наркотика.

Кокаин

Кокаин производится из листьев коки (*Erythroxylon coca*). Злоупотребление этой субстанцией (МКБ-9: 305.6; DSM III-R: 305.60) в последние годы увеличивается. Кокаин обладает местным анестезирующим действием (что до сих пор используется при лечении глазных болезней), а также является сильным стимулятором центральной нервной системы. Он может употребляться в качестве внутривенных инъекций, а также для нюхания или курения. Длительность действия — около часа. В высоких дозировках эффект воздействия кокаина приближается к галлюциногенам и амфетаминам.

Потребление кокаина приводит к потере аппетита, глобальным нарушениям сна, изменению суточного ритма, необоснованному повышению активности, ослаблению критики, бестактности (неспособности соблюдать дистанцию). В небольших дозировках он вызывает мнимое усиление сексуальности и творческую активность.

Тяжелая интоксикация характеризуется церебральными судорожными припадками, лихорадкой и нарушением сердечной деятельности. «Кокаиновый шок» является редким событием; повышение толерантности при злоупотреблении кокаином может приобретать значительные масштабы. Синдром кокаиновой отмены (кокаиновой абстиненции) характеризуется истощаемостью, нарушением сна и психомоторным беспокойством.

Галлюциногены, фенциклидин (Phencyclidin, PCP)

или подобные по действию арилциклогексиламины (Arylcyclohexylamine)

Галлюциногены (злоупотребление: МКБ-9: 305.3; DSM III-R: 305.30) не вызывают развития соматической зависимости. LSD, Psylabin и мескалин (Meskalin) обладают перекрестной толерантностью. Строение молекул STP/DOM, мескалина и амфетамин имеют много общего. Действие подобно гашишу, но, в отличие от него, более интенсивно и продолжительно (6 ч, при DOM — до 72 ч).

Галлюцинаторные эпизоды сопровождаются переживанием деперсонализации, выраженной симптоматикой страха, депрессивными или параноидными симптома-

ми, в рамках которых могут встречаться и суицидальные попытки (МКБ-9: 305.3; DSM III-R: 305.30).

Злоупотребление Phenzyklidin (обладающим эйфоризирующим действием и вызывающим психомоторное возбуждение) до настоящего времени не имело клинического значения (злоупотребление: DSM III-R: 305.90).

Органические растворители

Как вещества для «нюхания» (злоупотребление: МКБ-9: 304.3; DSM III-R: 305.90) используются растворители красок и лаков, нитрорастворители, лак для ногтей, растворители (например, для копировальных аппаратов), клей. Из пластиковых пакетов изготавливаются маски для вдыхания. При таком применении указанных веществ возникает эйфория и состояние возбуждения. Встречаются также обманы чувств и галлюцинаторные переживания. При частом употреблении этих веществ возникает выраженная неврологическая симптоматика (атаксия при ходьбе и стоянии, нарушения речи и нистагм), а также психические нарушения (расторможенность, примитивная форма поведения). Следует помнить, что сочетание личностных изменений, галлюцинаторной симптоматики и дементных черт в юношеском возрасте часто является проявлением простой формы шизофрении.

Среди пациентов преобладают юноши. Единичное применение этих веществ может встречаться в возрасте от 10 до 14 лет.

«Привязанные к пакетикам» часто причиняют серьезный социальный ущерб. У хронически прибегающих к нюханию органических растворителей в течение двух-пяти лет, как показывают данные компьютерной томографии мозга, возникает выраженная кортикальная атрофия; поражения печени и изменения картины крови носят постоянный характер.

Лечение наркоманов¹

При связанных с приемом препаратов делириозных состояниях и психотических синдромах (в большинстве случаев вызванных употреблением гашиша или LSD) в медикаментозной терапии применяется валиум по 1–2 ампулы внутримышечно. Отмена опиатных наркотиков с полным отказом от их применения, как правило, проводится в закрытых психиатрических отделениях. Мягкая изоляция предотвращает продолжение злоупотребления наркотиками.

При тяжелом синдроме отмены (который напоминает клиническую картину тяжелого гриппа) можно назначить Clonidin. От внутривенного введения препаратов опиатного ряда при купировании абстиненции следует настойчиво отказываться.

Следует строго отличать (даже если это очень трудно) синдром отмены от преувеличенного описания своего состояния с целью продлить медикаментозное лечение. Терапия опиатного синдрома отмены должна сочетать систему убеждения с назначением адекватных для пациента замещающих медикаментов.

Абстиненция является не только целью, но и основой лечения. Амбулаторное лечение абстиненции вряд ли возможно; дезинтоксикация, как правило, должна проводиться в стационаре; амбулаторное лечение активными психотропными препаратами не оправдано.

¹ Обстоятельные соображения по этому поводу представил Täschner (1983).

В последние годы дискутируется вопрос о лечении опиатозависимых пациентов метадон. Лево-метадон (Levo-Methadon) — опиат, назначение которого в единичных случаях обосновывается врачом для лечения героинзависимых пациентов при необходимости неотложного оперативного вмешательства или ВИЧ-позитивным героинзависимым пациентам в конечной стадии основного заболевания. Широкое применение метадона в рамках ухода за опиатзависимыми с научно-медицинской точки зрения необоснованно в том случае, если конечной терапевтической целью является полное освобождение от наркомании. При лечении метадонотерапией установка на полный отказ от наркотиков существенно затрудняется и в некоторых случаях прекращается; привлекательность свободы от наркотиков и лечения уменьшается; предположение о том, что широкое применение метадона может ограничить криминальное приобретение наркотиков и проституцию, до сих пор не оправдано. Героинзависимые пациенты имеют, преимущественно, поливалентную зависимость, в связи с чем представляется проблематичным, изменит ли назначение метадона поведение пациентов в отношении других наркотических средств.

Множественное злоупотребление и зависимость

Как правило, для компенсации недостатка в обеспечении данного препарата медикаментозно зависимые используют алкоголь, наркотикозависимые — в равной степени как алкоголь, так и медикаменты.

Алкогольно зависимые употребляют Distaneurin или бензодиазепин как заменитель для уменьшения синдрома отмены. Соответственно, амфетамин или эфедрин используются как утренний стимулятор («утренний стартер»).

Медикаментозную зависимость используют в качестве заменителя при недостатке в данном препарате, особенно подходящими для этой цели комбинированными препаратами являются «малые анальгетики».

Попытка успокоиться вечером и стимулировать утром (например, применяя бензодиазепин и амфетамин) неизбежно ведет к поливалентной зависимости.

Наркоманы в качестве заменителей используют транквилизаторы, снотворные и противокашлевые средства. При этом возникает такая клиническая картина, которая ставит перед лечащим врачом диагностическую проблему: вначале встречаясь с абстиненцией опиатного типа, он находит затем проявления интоксикации от других препаратов.

Поливалентная зависимость должна рассматриваться как основание для стационарного лечения пациента. У этих лиц имеется выраженная тенденция к продлению наркомании. Так, например, избыточное потребление кофеина затрудняет лечение от других видов зависимости.

Линия поведения в общении с наркоманами

Следует проводить различие между интоксикацией, последствиями интоксикации и синдромом отмены. Интоксикация является безотлагательным показанием для применения неотложных медицинских мер.

Самооценка и социальная оценка, согласны мы с этим или не согласны, находятся в тесной взаимосвязи. Проблематика самооценки наркоманов заключается в выраженности радикального отказа от действующих оценок при одновременных на-

стоятельных требованиях обеспечения собственных нужд и сильном агрессивном аффекте при попытке оказать им помощь. Длительное общение с наркоманами требует от врача такого адекватного понимания самооценки, которое давало бы ему возможность общаться с пациентами, не испытывая опасности. Такая опасность нередко возникает не только от бессознательной идентификации с отрицательной социальной оценкой, но и от осознанного чувства неприятия самого пациента.

Злоупотребление и зависимость от так называемых ядов, вызывающих удовольствие

Никотин

При никотиновой зависимости (МКБ-9: 305.1; DSM III-R: 305.10) напрасные усилия отменить или редуцировать потребление табака могут вызвать синдром отмены. При этом пациент должен знать, что курение ухудшает его состояние при тяжелых соматических расстройствах (поражение дыхательных путей, кардиоваскулярные заболевания).

Синдром отмены никотина (DSM III-R: 292.00) характеризуется желанием курить, раздражительностью, страхом, нарушением концентрации внимания, беспокойством, головной болью и желудочно-кишечными расстройствами. Он достигает максимума через два часа после выкуривания последней сигареты и исчезает после курения.

Кофеин

Главной чертой кофейновой интоксикации (DSM III-R: 305.90) является непоседливость, нервозность, возбуждение и бессонница, желудочно-кишечные боли. При потреблении более 1 г кофеина в день (одна чашка кофе содержит от 100 до 150 мг кофеина) возможно психомоторное возбуждение, многословие и словесный поток, а также нарушения сердечного ритма. Увеличение суточного приема до 10 г может вызвать генерализованные судороги и подавление дыхания.

Продающиеся без рецептов стимуляторы и средства от мигрени содержат около 100 мг кофеина в таблетке.

Нарушения влечений, не связанные с субстанцией

Сюда относятся так называемые «новые» болезненные влечения, такие, как игры, работа, секс, увлечение медитированием или даже покупками и т. д. Следует, однако, предостеречь от бессмысленного расширения понятия «болезненное влечение, страсть». Анамнез зависимых пациентов показывает, что источником болезненной страсти может служить все, что бросается в глаза. Нередко после длительной абстиненции под влиянием переживаний и социальных нагрузок наблюдается переход к зависимости, связанной с применением психотропной субстанции.

Нарушения питания (ожирение, булимия, анорексия) нередко являются предшественниками или следствием зависимости, а иногда представляют заболевания, сопровождающие зависимость.

ЛИТЕРАТУРА

- Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM III-R. Beltz, Weinheim 1989.
- Hippius H.: Stellungnahme zu den sogenannten Methadon-Programmen. Spektr. Psychiat. Nervenheilk. 2 (1989).
- Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren. Neuland-Verlagsgesellschaft, Adenauer-Allee 45, 2000 Hamburg 1.
- Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie der Gegenwart. 3. Aufl. Bd. III. Springer, Berlin 1987.
- Lürßen E. Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. In: Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts», Tiefenpsychologie. Bd. 2. Beltz, Weinheim 1983.
- Medikamentenabhängigkeit — Eine Information für Ärzte. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS), Westring 2, 4700 Hamm 1, 1990.
- vom Scheidt J.: Der falsche Weg zum Selbst. Kindler, München 1976.
- Schrappé O.: Toxikomanie. In: Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts», Psychiatrie. Bd. 2. Beltz, Weinheim 1983.

32 Суицидальность

Цель обучения

Знание о терапевтическом подходе при суицидах и о причинах суицидального поведения, о профилактике и последующем наблюдении работниками психологических и социальных служб за лицами, пережившими суицидальный криз; изучение групп лиц, которые особо подвержены риску суицида; эпидемиологии суицидов, суицид в судебном процессе.

Главный вопрос

Является ли самоубийство суверенным актом освобождения? Некоторые отвечают на этот вопрос утвердительно. Но является ли свобода, до которой не возможно дожить, действительно свободой? Существует ли свобода вне бытия? Свобода в небытии — не заключено ли здесь противоречие? Если бы небытие можно было пережить, то это было бы бытие. Могу ли я живой пережить свое небытие? В этом заключена принципиальная невозможность человеческого существования. Следовательно, самоубийство — это вовсе не освобождение. Но как же появляется мысль о том, что это было бы возможно? С суицидальными фантазиями тесно связаны ощущения разгрузки, облегчения, освобождения и желания исполнений сокровенных стремлений. Чувства и фантазии способствуют созданию «образа мечты», осуществление которой ассоциируется с желанием смерти. В действительности же смерть — это конец, ничто. В этом заключается самообман. Психиатрия пытается понять глубинный смысл желания смерти и разработать виды терапии.

Терапевтическое сопровождение суицидентов

Суицидальность — это сигнал бедствия, зов о помощи, который указывает на безвыходную конфликтную ситуацию. В каждом случае суицидальность требует особых терапевтических усилий.

При оказании лечебной помощи лицам, находящимся под угрозой суицида, не существует каузальной терапии, которая проводилась бы по определенным правилам и гарантировала излечение пациента. Цель лечения — разрешить проблемы, обуславливающие суицидальность, а не стремиться к предотвращению суицида *любой ценой*.

Никто, кроме самого человека, «уставшего от жизни», не может уберечь его от самоубийства.

Психотерапия, проводимая с суицидентом, ставит своей целью убедить его в наличии оптимистических возможностей. Примерно у 70 % лиц, совершивших однократную суицидальную попытку, удается добиться формирования новых жизненных целей. У 30 % попытки самоубийства повторяются, из них половина со смертельным исходом. Лечащий врач должен научиться жить с осознанным пониманием этого риска. Опыт прошлого дает основания сформировать подход к суицидентам. Особенно велики должны быть усилия врача с целью изменить настрой пациента непосредственно после попытки самоубийства.

Первый важный терапевтический шаг — *попытка установить контакт* с пациентом. Первый вопрос мог бы звучать так: «Что заставило Вас так отчаяться, что Вы решили, что больше не стоит жить?» Проявление участия и понимание отчаяния и безвыходности пробивают брешь в стене нарушенных возможностей контакта у суицидента и его изолированности от людей.

Непосредственный повод попытки самоубийства длится от нескольких минут до нескольких часов, редко дней, перед совершением поступка. Важно знать этот повод, а по возможности — и поводы предшествовавших попыток самоубийства, чтобы найти доступ к более скрытым проблемам пациента. Старый психиатрический опыт доказывает, что сознательно высказанный мотив суицида не является абсолютным и единственным обоснованием суицидального поступка. При всех обстоятельствах кризисная ситуация является поводом, на основе которого развивается новая, еще не известная пациенту проблематика. Чаще других поводом является разочарование в партнере или его утрата. Он ощущается как болезненный и ранящий и приводит к экзистенциальному *потрясению чувства собственного достоинства*. Врач составляет себе представление о масштабе кризиса и интенсивности желания смерти у пациента. В случаях тяжелого суицидального криза или при острых психотических состояниях (у больных эндогенной депрессией, шизофренией) единственно правильным решением может оказаться непрерывное наблюдение за пациентом или помещение в клинику, чтобы защитить его от собственных суицидальных импульсов. *При психореактивных кризах* позицию врача укрепляет оказанное им уважение к волеизъявлению пациента. Уставший от жизни человек тем легче отдает предпочтение жизни, чем меньше оказываемое на него давление. Врачу предстоит совместно с пациентом оценить границы желания смерти. Такая беседа может стать первым шагом навстречу жизни. Пожалуй, нет никого, кто хотел бы только жить или *только умереть*. Суицидент хочет, чтобы его желание умереть было понято и принято всерьез.

Более глубокий смысл желания смерти чаще всего проявляется в фантазиях, связанных с отчуждением. Физическая смерть не является целью суицидента. Понимание этого факта помогает распознать истинный смысл кризиса и его значения и разобраться в основных, глубинных трудностях пациента.

После того как контакт врача с больным надежно налажен, масштаб и повод кризисного состояния определены, желание смерти отзвучало и смысловые связи стали более прозрачными, начинается восстановительная терапевтическая работа. Дать пациенту познать собственную силу, умение сформулировать свои желания и цели, прогнозировать понимание и возможности разрешения кризисной ситуации в данный момент и в будущем — вот серьезные шаги *психотерапии кризисных состояний* (см. с. 140).

Структура мотивов суицидального поведения

С позиций психоанализа (Freud, Abraham) суицидальность является реакцией на амбивалентно переживаемую любовь/ненависть близких лиц или разочарование в них. Объект оценивается как незаменимый, а его утрата — как угроза существованию. Для самоспасения суицид путем «переноса в себя» делает любимый/ненавидимый объект частью самого себя. Этим достигается изживание утраты, а ненависть в момент суицида обращается на собственную личность и становится ненавистью к себе. Freud пишет: «Ни один невротик не переживает намерения самоубийства, не обращая на себя импульса убийства, направленного на другого».

Позднее Freud, исходя из космологического принципа Вечного и Преходящего, указал на аналогичное двойственное противоречие, заключенное в направленности влечений: *влечение к жизни и влечение к смерти* находятся в состоянии равновесия. В конфликтных ситуациях влечение к смерти может достигнуть перевеса и направить свою аутоагрессивную мощь на собственную личность, следствием чего является суицид.

Согласно *неоаналитическим представлениям* (Henseler, 1974), лица, находящиеся под угрозой суицида, особенно ранимы. Утраты и оскорбления переживаются ими как уничтожающие их. Рассматривая ретроспективно тотальные последствия принятого решения, пациент может отвлечь катастрофу, обусловленную собственной беспомощностью. Он ставит перед собой извечные вопросы: я или ты, все или ничего, быть или не быть. При этом ярость может быть выплеснута наружу или направлена на собственную личность для восстановления нарциссического чувства собственного достоинства. В последнем случае фантазии суицидента сосредоточены на темах возврата к регрессивному состоянию, полной защищенности, возврата в материнское лоно, возможности «быть наедине со всем». Реальная угроза смерти во время суицидального действия уже не может больше субъективно переживаться. С *антропологических позиций*, в основе суицидальных фантазий лежит стремление «быть единственным» (магическая идентичность). Так суицидент убивает в себе свою жертву (самоубийство) или себя в своей жертве (убийство). Таким образом, смертельный грех убийства становится одновременно грехом и искуплением. При всех обстоятельствах, суицидент является хозяином ситуации, даже если при этом он должен расстаться с жизнью. Ради сохранения убежденности в собственной безупречности и значимости не жаль принести любую жертву. Психоаналитическая, неоаналитическая и антропологическая точки зрения при всех своих различиях совпадают в оценке того, как суицидент оценивает свое владение ситуацией и свое всемогущество. Различия состоят в основном в том, каким способом достигается поставленная перед собой цель (путем присоединения, возврата к первоначальному состоянию, маги-

ческого отождествления) и какую роль при этом играет агрессия (конфликт агрессивности, восстановление нарциссической шкалы оценок, ритуал причинения себе боли).

Старейшая теория суицида принадлежит социологу Durkheim (1897). Способность к совершению суицида покоится на двух регулятивных компонентах в обществе: с одной стороны, на степени согласия во взглядах, мнениях, целях, интересах (социальная интеграция), и с другой стороны, на степени эмоционального и мотивационного влияния членов общества (социальное регулирование). Различные типы самоубийства зависят от степени: «слишком много» или «слишком мало». *Состояние хаоса* (отсутствия правил аномии) является причиной высоких цифр самоубийств в индустриально развитых странах.

Самоубийство и убийство

Тесная связь между агрессией, направленной на себя и направленной на другое лицо, становится очевидной при обзоре мотивов суицида. В его основе лежит трехмерное желание убить, быть убитым, умереть совместно (Menninger). Различные формы действия при самоубийстве и убийстве делают это очевидным. Расширенный суицид с вовлечением других лиц (детей, супруга) предшествует самоубийству; суицид после убийства или убийство, предпринятое для того, чтобы быть убитым самому (преступление и наказание), выдать самого себя, для того чтобы «дать основание» убить себя (мученичество, жертвенность, *Christus redivivus* — Христос воскресший); суицид после убийства партнера (воссоединение в смерти); убийство по мотивам ревности («навек моя»); хакири (соучастие с другими лицами); альтруистический суицид (смерть жертвы, смерть героя); бег амока (попытка «убить всех»); дуэль («божий приговор»).

Просвещение, профилактика, раннее распознавание

Общее разъяснение о характере нарушения психики во время суицидальных кризов, которое дается средствами массовой информации, может послужить разрушению преубеждений, заставляющих противопоставлять себя «этим» людям. Даже в том случае, когда суицидальность носит демонстративный, «несерьезный» характер, относиться к ней следует серьезно, как к выражению расстройства психики. С этим отношением тесно связано предложение помощи. Опасения, связанные с собственной усталостью от жизни, или подобные опасения, касающиеся других (близких) лиц, приводят к дискриминации суицидента врачами, и в том числе психиатрами («это всего лишь демонстрация», «психопат», «таким людям уже не поможешь»). Все возрастающая тенденция решения проблем, обращая его против собственной личности, как это происходит у лица под угрозой суицида, находит общественное выражение в утасании межличностных отношений и в изоляции личности, уходе в «собственную скорлупу».

Профилактика заключается в оказании социальной помощи при тяжелых жизненных обстоятельствах: патронаже одиноких, престарелых, утративших связи; возможно более раннем подключении *психотерапии* при невротически обусловленной слабости к установлению контакта и достижения понимания; открытии *консультаций* (брачные консультации, консультирование по вопросам воспитания) и служб, предоставляющих амбулаторное лечение (*амбулатории, социально-психиатрические учреждения*); в содействии организации служб призрения и *телефонной службы доверия*, штаты которой, как правило, состоят из лиц разных специальностей (психиатры, психотерапевты, практикующие врачи, психологи, социальные работники, по-

печители, юристы). Все перечисленные службы могли бы уже сегодня внести в профилактику суицидов весомый вклад, значение которого трудно переоценить.

Возможность раннего распознавания угрозы суицида имеют отнюдь не психиатры, а врачи различных других специальностей, и прежде всего домашние (семейные) врачи. Чрезвычайно редки случаи, когда суициду не предшествуют предупреждающие сигналы. Открытые или завуалированные высказывания и оговорки почти всегда предшествуют суицидальным действиям.

Особое значение для оценки степени риска суицида приобретает знание его «преддверия». Оно обнаруживает известные типичные особенности при непсихотических суицидах. Таким образом, становится возможным описать *пресуицидальный синдром*, для которого характерны следующие фазы:

Чувства и полнота сознания сужены, происходит *пассивный поворот сосредоточенности на себя*, развиваются чувства одиночества, бессмысленности существования, безвыходности.

Получают дальнейшее развитие выраженные, но *бессильные проявления агрессии*, а упреки в адрес окружающих соединяются с болезненным самоотречением. В этой фазе намерения суицидента становятся особенно очевидными для окружающих.

Происходит бегство в мир фантазий. К суицидальным мыслям присоединяются мазохистски-сладострастные переживания последствий суицида для других, тех переживаний, которые им придется испытать в связи с самоубийством суицидента. Окончание этой фазы характеризуется *«затишьем перед бурей»*, пациент внешне невозмутим, план суицидальных действий разрабатывается им в деталях.

Кто относится к группе риска?

Лица, страдающие *психическими расстройствами*, а также *переживающие возрастной криз* в разной степени подвержены угрозе. Суициды при *эндогенных психозах* составляют отдельную, замкнутую группу. Завершенные самоубийства составляют 1/3 всех случаев. «Жесткие» методы при психотических суицидах чаще, чем при непсихотических. Разграничение психотических и непсихотических суицидов в достаточной мере условно, так как жестких границ не существует, на пути к реальной суицидальной ситуации и в самих суицидальных действиях есть много общего. Клинические картины, в частности, при различных формах депрессий, для оценки угрозы суицида важнее, чем их нозологическая принадлежность. При *эндогенных депрессиях* особая угроза суицида наблюдается *в начале и в конце депрессивной фазы*. То же относится к этапам *лечения тимолептиками*, которые *благодаря своему действию уменьшают заторможенность и стимулируют влечения* (см. с. 345 след.). Угроза суицида у больных с эндогенной депрессией столь велика потому, что во время фазы невозможно оказать влияние на основное депрессивное состояние. Эндогенные депрессивные больные составляют самую большую группу «постсуицидальных» пациентов. Сходные данные наблюдаются при *старческих депрессиях*. В этой группе отчетливо прослеживается роль социальной изоляции как мотива самоубийства. Высоким является также показатель суицидов у *больных шизофренией*. Речь может идти о внезапном порыве суицидального импульса, о суициде в состоянии раптуса, например при сильно выраженной внутренней напряженности при кататонии. При *невротических депрессивных* развитиях личности (см. с. 109) угроза суицида высока и может сформироваться в хроническую суицидальность, которая на протяжении длительного времени представляет потенциальную угрозу для жизни.

Больные подростки, у которых ведущим синдромом является их неспособность к контактированию, находятся в зоне особого риска суицида. Они часто происходят из неблагополучных семей, эмоционально неуравновешенных, невыносливых, психически не сбалансированных, разобщенных. В дальнейшем такие пациенты легко оказываются в социальной изоляции. В критической фазе жизни в пубертатном и постпубертатном периодах риск суицида может стать особенно большим в результате разлуки с родителями, а также при незначительных невротических расстройствах.

В климактерическом периоде угроза суицида также выше, чем в другие периоды жизни.

Большую роль при суицидальных действиях играет алкоголь. Он употребляется «для храбрости» перед выполнением акта суицида. Более глубокие связи между алкоголизацией и суицидом существуют при *хроническом алкоголизме* (см. с. 205 след.). Сходное с указанным выше предрасположение может привести как к алкоголизму, так и к суициду. Часто суицид представляется пациенту единственно возможным выходом из *нравственного падения*. При хроническом злоупотреблении медикаментами суицид может быть выбран как способ «в один прекрасный день заснуть надолго». Этот же механизм действия наблюдается при любом злоупотреблении, и особенно тогда, когда постоянный прием «тяжелых одурманивающих» средств приводит к хроническим соматическим расстройствам (см. с. 218, 219).

При соматических заболеваниях склонность к суициду отнюдь не обязательно зависит от тяжести клинической картины болезни. Тяжелые раковые больные часто до самого конца сохраняют надежду и не помышляют о суициде. Неожиданное появление заболевания при истинной или воображаемой угрозе профессиональной карьере также может привести к суициду в первые дни после проведенного в стационаре обследования и лечения.

Частота

Количество завершенных суицидов достигает в ФРГ количества погибших при транспортных авариях и имеет тенденцию к незначительному росту (в 1982 г. зарегистрировано около 8400 случаев). Коэффициент суицидов, исчисленный на 100 тысяч населения, составляет в развитых странах от 10 до 30 в год; в ФРГ — около 21. В связи с большими расхождениями в сведениях оценить число попыток самоубийства чрезвычайно трудно; оно, по-видимому, в десять раз больше завершенных суицидов. Сопоставление статистических данных показывает, что попытки самоубийства, особенно в молодом возрасте, совершаются чаще, в то время как кривая завершенных резко повышается у лиц старшего возраста. Они преобладают у мужчин, а у женщин чаще незавершенные суицидальные попытки. В то время как женщины выбирают «мягкие» методы (прием лекарственных препаратов, включение газа), у мужчин преобладают «жесткие» методы (самоповешение, прыжки с высоты, применение огнестрельного оружия). Среди причин суицида у женщин на первый план выдвигаются любовные конфликты, а у мужчин — профессиональные и связанные с карьерой.

Более высокая степень риска наблюдается у бездетных, одиноких, разведенных или проживающих отдельно от семьи людей, у одиноких стариков, одиноких больных и лиц, не имеющих тесных связей, особенно семейных. Количественное *снижение частоты суицидальных действий* в периоды *политических и военных кризисов*, а также в периоды наибольшего процветания общества указывают на существенную роль социально-экономических и социально-психологических факторов. Наиболее низкие коэффициенты суицидов наблюдаются у лиц, проживающих в малонаселен-

ной и особенно сельской местности, а также у лиц среднего возраста. Высокие показатели суицида характерны для беженцев, эмигрантов и лиц, утративших экономическую, социальную и психологическую базу.

Суицид и судебное разбирательство

Известно, что суицид или попытка самоубийства *per se* не содержат состава преступления и осуществляются без участия подстрекателей и сообщников. Таким образом, врач, оставивший медикаменты больному, «уставшему от жизни», и таким образом становящийся «сообщником», не может быть преследуем по закону. Однако он может быть привлечен к ответственности профессиональным судом (судом чести) как совершивший профессиональную ошибку в смысле поведения, противоречащего необходимости отдавать себе отчет в своих действиях.

Как следствие обязанности оказывать помощь, существующей для каждого гражданина, для врача обязательно соблюдение правила «сделать все возможное для предотвращения самоубийства еще до наступления у суицидента бессознательного состояния». Обязанность оказать помощь начинается еще тогда, когда «в случае распознанного намерения самоубийства возникает непосредственная угрожающая ситуация, которая в дальнейшем может быть расценена как несчастный случай». В качестве «несчастного случая» в германском праве рассматривается «угрожающая ситуация» при суициде. Врач, который приглашен к дотоле незнакомому ему пациенту, совершившему попытку самоубийства, или случайно оказывается у такого пациента, обязан принять все необходимые меры для спасения его жизни независимо от того, в каком психическом, духовном и соматическом состоянии находится пациент. Согласно судебной практике (BGH), исключительные случаи — это случаи крайне тяжелого течения болезни, при котором должны быть доказаны основания для снятия с врача обвинения, так как меры по спасению жизни пациента не могли быть эффективны.

Лечащий врач или *домашний врач* обязан на основании существующих взаимоотношений врач—пациент выполнить «гарантийные обязательства» для охраны уставшего от жизни пациента. Конкретно это означает: если вследствие бессознательного состояния суицидент не может сам принять меры для своего спасения, то это должен сделать врач. В противном случае он может быть обвинен в убийстве по халатности (нанесение смертельного удара, убийство по просьбе). Таким образом, врач не имеет права идти на поводу у стремления суицидента к самоубийству. Решение по этой категории дел принимает федеральный суд (Bundesgerichtshof BGH). См. приговор от 4.7.84 3StR 96/84, когда *лечащий врач*, который оставил своего пациента после совершенной им попытки самоубийства в бессознательном состоянии, приговаривается к наказанию, если ничего не предпринял для его спасения. Предыдущая инстанция — земельный суд — представила другое толкование: наказуемость врача в связи с обвинением в убийстве полностью отпадает, если он из уважения к волеизъявлению суицидента воздерживается от медицинских мер, направленных на сохранение его жизни.

Однако, согласно приговору BGH, не существует никакого *правового обязательства сохранения любой ценой угасающей жизни*. Если возникает конфликт между обязанностью сохранить жизнь и уважением к волеизъявлению пациента, то создается «пограничная» ситуация, в которой пространство для принятия врачом надлежащего решения зависит от прогностической оценки состояния больного и мужественно принятого им волеизъявления.

BGH оставляет открытым вопрос о том, должен ли врач принимать меры к спасению тяжело раненного, *но находящегося в ясном сознании* суицидента вопреки его воле.

Основаниями для *пассивного пособничества смерти* по согласованию с врачами, юристами и BGH могут быть названы следующие: «когда неизлечимый больной не в состоянии выразить свои намерения и свою волю, отказ врача от продолжения лечения допустим, если дальнейшие мероприятия, направленные на продление жизни пациента, не совместимы с целями врачебного долга, а потому чужды врачу и безнадежны». Право решения о прекращении жизни, высказанное дееспособным больным, должно уважаться врачом, особенно если больной отказывается от сохраняющих, продлевающих жизнь или предотвращающих смерть врачебных мер, таких, как искусственное дыхание или продолжение диализа.

При суицидальных поступках, совершаемых в период проведения психиатрического лечения, особое внимание обращается на нераспознавание суицидальных намерений пациента. Как следствие этого факта, внимание врача смещается от профилактическим мер к лечебным. *Всестороннее изучение* пациента, включая семейные, социальные, клинические и индивидуальные особенности его жизни, должно находиться на первом плане как при амбулаторном, так и при стационарном лечении.

В решении суда указано (OLG Hamm 26.11.80. 3 u 84/80 Revision BGH 22.6.82 ZR 10/1): «С целью охраны от попыток самоубийства находящегося в стационаре депрессивного больного необходимо принятие таких мер, как оповещение персонала больницы о том, что больной находится под угрозой совершения суицида, и назначение специального надзора. Некоторые меры технического характера для предотвращения или затруднения осуществления самоубийства (отделение закрытых дверей, защитные решетки на окнах и т. п.) применяться не должны». Однако врач обязан тщательно документировать проводимую терапию, подробно записывать свою оценку риска суицида у пациента, а также свои терапевтические шаги и рассуждения. Так как письменные материалы рассматриваются как часть терапии, они могут, в широком смысле, рассматриваться и как профилактика суицида.

ЛИТЕРАТУРА

- Amery J.: Hand an sich legen. Klett, Stuttgart 1975.
Durkheim E.: Der Selbstmord. Luchterhand, Neuwied 1973.
Henseler H.: Narzißtische Krisen. Rowohlt, Reinbek 1974.
Henseler H., Ch. Reimer: Selbstmordgefährdung. Frommann-Holzboog, Stuttgart 1981.
Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömberg (Hrsg.): Suizid. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II. Springer, Berlin 1986 (S. 87–173).

33 Психиатр — консультант и сотрудник

Цель обучения

Осмысление философской и терапевтической самооценки роли психиатра как консультанта и сотрудника, процесса консультации, подхода к хирургическим пациентам, хирургам, обслуживающему персоналу. Знание особых комплексов задач психиатрических консультаций.

О философии консультирующей и сотрудничающей психиатрии

У колыбели «объединяющей и сотрудничающей» психиатрии в конце 20-х годов нашего столетия стояло целостное био-психо-социальное представление о человеке. Эта новая антропологическая философия поставила цель из теоретического преодоления соматопсихического дуализма сделать практические лечебные выводы для подхода к больным. Ее новой парадигмой стало открытие того, что психика и соматика по своей природе являются *неотъемлемыми друг от друга интегральными сторонами личности*. Разделение их на «двойственный объект» (душа—тело) рассматривалось как артефакт аналитического способа изучения и, следовательно, как результат мыслительного процесса, который более не идентифицируется с феноменальной целостностью индивидуума.

Вопрос «что есть психика?» становится пробным камнем способности целостного восприятия человека. В настоящее время, предположительно, господствует мнение, что в это понятие вкладывается представление о единстве всех нервно-мозговых функций: чувственное восприятие, восприятие окружающего вещественного мира и ассоциативное мышление как функция неврональных структур. При таком взгляде все психические функции становятся физиологическими, т. е. соматическими. Тем самым сомато-психическая дихотомия становится чисто соматической, при которой функции центральной нервной системы отделяются от прочих соматических функций, что бессмысленно. Старый психосоматический дуализм, как его вопреки собственной воле продолжают описывать, может быть исключен из обихода. Решение задачи таинственного понятия о душе психиатрия, как дисциплина консультирующая и сотрудничающая, сводит к психо-социально-биологическому пониманию индивидуума и, более того, к парадигме, что психическое заболевание и психотерапия имеют, в конечном счете, функциональную природу и ничем иным быть не могут. Эта парадигма порождает суждение о том, что целостный физический индивидуум принимает участие во всех своих социальных, индивидуально-психологических и биологических составляющих. С этим убеждением в целостности воздействия при психиатрической консультации и сотрудничестве психиатра вырабатывается теоретический и практический подход к работе.

О терапевтическом самопонимании психиатрической консультации и сотрудничества

Мужество психиатра как консультанта и сотрудника состоит в предпринимаемой им попытке *перекинуть мост от психологической медицины к медицине соматической*, не зная наперед, существует ли на противоположном берегу надежная посадочная площадка. Но если таковая все же существует, то предложение проведения психиатрической консультации и дальнейшего сотрудничества будет принято. Тем самым во всех соматических дисциплинах для психиатра открывается широкое поле деятельности.

Основными задачами его терапевтического воздействия являются, с одной стороны, сопутствующие органическим заболеваниям психологические феномены, их переработка и возможные психиатрические осложнения, а с другой — клинические картины психических расстройств при психосоматических и функциональных заболеваниях.

С позиции консультирующей и сотрудничающей психиатрии, жесткое разделение клинических картин болезней на органические и функциональные является за-

блуждением. Значительно больше для понимания дает ответ на вопрос, в какой мере конкретное нарушение выражает поражение тканей или интоксикацию, какова роль функциональных нарушений и наоборот. Так при более близком рассмотрении почти во всех заболеваниях, а не только психосоматических в узком смысле, можно распознать психосоматический компонент; психосоматическая связь может быть более или менее очевидной.

Ниша деятельности психиатра-консультанта и сотрудника находится между психосоциальной медициной, психосоматикой и медикосоциальной психиатрией. В качестве поля применения терапевтического воздействия им используется его междисциплинарная ориентировка и представление о целостной перспективе.

Сотрудничающая психиатрия заставляет воспринимать себя как *звено общей психиатрии*, занимающееся профилактикой, диагностикой и лечением психических расстройств у больных с органическими заболеваниями, а также пациентов, у которых соматические проявления («язык соматических расстройств») являются выражением их психического заболевания. В связи с этим в число задач консультирующего психиатра входит применение методов клинической психиатрии с акцентом на сотрудничество с врачами и медицинским персоналом различных специальностей, не имеющих психиатрической подготовки. Сотрудничающая психиатрия может найти применение в предоставлении консультаций службам социальной помощи и здравоохранения.

Важнейшей *организационной задачей* является готовность мобильной консультационной службы, в которой заняты опытные в проведении психотерапии психиатры, психологи, социальные работники и медицинские сестры.

Процесс консультирования

Консультация, как «душа» сотрудничающей психиатрии, приводит в движение, объединяет и инспирирует всех участников: пациента, лечащих врачей и психиатра. Для достижения успеха процесс консультации требует от врачей и медицинского персонала проявления чуткости при создании рабочей атмосферы и стиля сотрудничества, оценки возможностей применения лечебных назначений в непсихиатрическом отделении. Началом процесса консультирования является устно или письменно высказанное пожелание лечащего врача о проведении консультации, направленное им через медицинскую сестру или социального работника, реже при личном контакте, сотрудничающему психиатру. Часто речь идет о том, какой подход необходим пациенту. Запись (в истории болезни) для консультанта является необходимым реквизитом консультации. Она становится средством письменного сообщения основной информации для психиатра: основание для консультации, данные о пациенте, его анамнезе, медицинском диагнозе, а также вопросы к консультанту, включая заключение о рекомендациях и дальнейшем наблюдении.

Прежде чем направиться на консультацию, сотрудничающий психиатр должен с точностью определить свою роль: кто он — советник? посредник? гарант чего-то, что при благоприятных обстоятельствах послужит излечению пациента? Он *не является* основным ответственным лечащим врачом, но действует как лицо «на вторых ролях». Лица, находящиеся на лечении, и пациенты чувствуют, что к ним относятся серьезно, если психиатр своевременно реагирует на приглашение. В связи с тем, что понимание роли сотрудничества, включая медицинский контекст, является предпосылкой эффективной консультации, необходимы предварительная беседа с вра-

чом отделения, постовой медицинской сестрой или социальным работником. Пациент должен быть предупрежден своим лечащим врачом о необходимости беседы с психиатром. Ему должны быть даны необходимые разъяснения и получено его согласие. Однако часто это правило не соблюдается, и тогда необходимость внести ясность в ситуацию перекладывается на психиатра, которому приходится давать объяснения пациенту, кто и на каком основании с ним беседует, и мотивировать необходимость этой беседы. Для того чтобы такой беседе никто не мешал, в отделении должна быть выделена отдельная комната. Если беседа проходит в реанимационной палате (палате интенсивной терапии), обстановка для доверительной беседы может быть создана установкой передвижной ширмы. Беседу следует вести приглушенным голосом. Желательно, чтобы в начале беседы *пациент сам определил и высказал* свою личную заинтересованность в этой беседе, насколько это позволяет его психопатологическое состояние. Если это происходит, то нить беседы можно считать уже протянутой. Психиатр предоставляет пациенту пространство для высказываний, осторожно руководит началом беседы, расспрашивает его и целенаправленно углубляет содержание беседы, не упуская из поля зрения круг интересующих его проблем. Он составляет себе представление о личности пациента, образе его жизни, духовных запросах и психодинамике, контактах с членами семьи, друзьями и знакомыми и уточняет эти позиции с согласия пациента. Если в результате психиатру удалась оценка пациента и возник план терапии, то этим положено начало важной части процесса консультирования, а именно *сообщение своего заключения* лечащему врачу и самому пациенту. При этом сотрудничество больного может быть использовано наилучшим образом, если он в доступной для него форме будет проинформирован о результатах беседы и намеченных лечебных мероприятиях. Благодаря информации всех участников консультации достигается *«резоллютивная терапевтическая ситуация»*. Для ее претворения в жизнь создается группа, состоящая из врачей и немедицинских сотрудников отделения. На консультационном бланке должны быть освещены в доступной форме, на языке, близком к разговорному, следующие пункты: анализ болезни, психическое и социальное развитие, психический статус, психодинамические связи и личные впечатления, актуальная проблематика и терапевтические подходы.

Терапия может быть предназначена для самого больного или ставить своей целью вовлечение в лечебный процесс персонала и членов семьи пациента. *Психотерапия кризисного состояния* (см. с. 241 след.) может проводиться сотрудничающим психиатром в форме нескольких сеансов в том отделении, где находится больной. Эффективность психофармакологического лечения должна контролироваться при каждом последующем посещении больного. Перевод больного в психиатрическое отделение должен осуществляться только в редких случаях, когда даже повторные консультации недостаточны, а необходима последовательная квалифицированная психиатрическая или психотерапевтическая помощь. При правильной терапии редко приходится переводить из общих отделений больных в состояния возбуждения или спутанности. Даже суицидальные больные при правильном лечении и достаточном наблюдении часто могут оставаться в отделениях общего профиля. Подключение процесса консультирования является современным решением проблемы терапии и перспективного планирования дальнейшего лечения после выписки, которое будет проводиться практикующим врачом общего профиля либо психиатром или психотерапевтом.

Пациент, хирург и психиатр

Предоперационные страхи пациента чаще всего направлены на возможность физической инвалидизации, обезображивания и увечья. Широко распространены страхи собственного бессилия, беззащитности, страх перед возможным насилием со стороны хирурга или персонала отделения, перед наркозом и болью. Страх смерти может проскользнуть в вопросе больного: «Проснусь ли я после операции?» — или стать причиной отказа от оперативного вмешательства. В предоперационный период пациент пытается преодолеть свои страхи привычными для него способами. Если страхи перед операцией очень сильны, то способы их преодоления могут принять акцентированные или патологические черты. Такие модели выражения опасений отражают характерные черты личности, которые в связи с ситуативным обострением могут рассматриваться как симптомы, сигнализирующие о необходимости лечения. Различают *типичные картины страха*: риск предстоящей операции оценивается неправильно — им либо пренебрегают, либо, напротив, драматизируют его; операцию ожидают с энтузиазмом или отказываются от нее; могут появиться бредоподобные фантазии или чувство глубокой безнадежности с суицидальными фантазиями; пациент полностью вручает свою судьбу хирургу и видит в нем всемогущего и всезнающего человека либо восстает против всех и вся.

Психиатра-консультанта приглашают почти исключительно к хирургическим пациентам, особенности поведения которых приводят к *тяжелым нарушениям взаимоотношений* с врачами и персоналом отделения — например, отказ от назначенной операции, побег из отделения, состояние возбуждения, сопровождающееся агрессией, психотическая декомпенсация или высказывание суицидальных намерений. Менее впечатляющими, но не менее требующими лечения являются такие нарушения поведения, как пассивная покорность вследствие перенапряжения или тревожно-депрессивный уход в себя, т. е. такие варианты поведения, которые не нарушают режима отделения и поэтому часто остаются незамеченными и не получают нужного лечения. Задача психиатра-консультанта заключается в том, чтобы обратить внимание не только на случаи с яркими клиническими проявлениями, но и распознать «тихие» симптомы и предоставить помощь этим больным. Такая помощь выражается в значительной мере в том, чтобы раскрыть больному смысл и значение его страхов и тем самым смягчить их.

В преддверии операции большое значение приобретает *критический пересмотр пациентом показаний к операции*. Участие психиатра-консультанта в обсуждении этой темы помогает в достижении взаимопонимания и ясности.

Типичные примеры: обращение женщин по поводу неясных болевых ощущений в нижней части живота; требующий операции пациент, который в прошлом неоднократно подвергался оперативным вмешательствам.

В период подготовки к операции большое значение имеет *разъяснение* больному деталей предстоящей операции, данное хирургом. К такому объяснению хирург лучше, чем кто-либо другой, подготовлен в силу своей профессиональной компетенции. Его точка зрения подкреплена возможностью реальной оценки шансов и возможного риска при оперативном вмешательстве. Он способен корректировать отрицательное отношение пациента к операции или, напротив, ожидание чудодейственного эффекта. Должны быть обсуждены возможные осложнения и риск и принято совместное решение. Если с помощью разъяснений не удастся уменьшить страхи пациента, ввести их в рамки реальных, то следует прибегнуть к помощи психиатра-консультанта и прислушаться к его советам.

Чем лучше у пациента мотивация операции, тем ближе к реальности его опасения и тем ниже уровень послеоперационных осложнений.

В послеоперационном периоде, особенно у пожилых людей, могут появляться *острые психоорганические синдромы* (см. с. 350 след.). *Интенсивные страхи* (страх смерти, страх будущего) находят свое выражение в повышенной раздражительности, учащенном дыхании, тахикардии и аритмии, бессоннице, параноидной интерпретации. *Боль* в послеоперационном периоде является серьезным сигналом, создающим эмоциональные трудности.

Грустно-подавленный фон настроения после операции указывает на то, что потери, наступившие в результате оперативного вмешательства, и разочарования, например обезображивающее увечье, удаление органа (конечности) или неудачная операция, еще не переработаны психологически. Неспособность провести эту печальную работу приводит к формированию таких симптомов, как безнадежность, апатия, отстраненность, бессонница, потеря аппетита, возврат к детским защитным механизмам и суицидальность. При перечисленных нарушениях возникает необходимость в проведении кризисной психотерапии (см. с. 241).

Для *профессионального сотрудничества хирургов и психиатров* представляются многообещающие возможности. Успехи и провалы в их сотрудничестве зависят от того, как каждый из них сумеет донести до другого свой опыт. Взаимная выгода от приобретения профессионального опыта другого, будь то в процессе сотрудничества или в беседе с глазу на глаз, достигается только тогда, когда многосторонние потребности больного могут быть удовлетворены без ревнивого оберегания своего авторитета и болезненного отношения к назначениям коллеги другой специальности. В своей терапевтической компетенции хирург и психиатр равны: остро отточенная фраза может лечить так же, как остро отточенный скальпель. Если для обоих специалистов встреча оказывается событием, дающим возможность приобрести новые знания, а не тестом на самоутверждение, то ее можно оценить как удачную.

Подход к умирающим

Подход к умирающему человеку требует от врача такого образа действий, который адекватен завершению жизненного пути. Конец жизни должен быть пережит, как и другие ее критические отрезки — рождение и пубертат. Как врач, оказывающий родовспоможение, сопровождает новорожденного, а педагогический советник — подростка, переживающего пубертатный криз, помогая им пройти эти этапы, так и умирающему необходим помощник. Помощь умирающему не является психотерапией в узком смысле. Она оценивается так членами семьи, друзьями, медицинскими сестрами, священнослужителями, врачами и другим медицинским персоналом и только исключительно и в особых случаях — самим сотрудничающим психиатром.

В то время как страхи перед «сохранением жизни» ограничены законодательными положениями (параграф 218 о прерывании беременности), бурным развитием перинатальной медицины и общественными движением, страх перед «расставанием с жизнью» связан с определенными препятствиями, затрудняющими уход из жизни (например, право на смерть по принятому самостоятельно решению). В то же время магически-мистические представления о смерти тормозят принятие законодательных положений и соответствующего реальным обстоятельствам подхода врача и медицинского персонала к умирающему. Предоставление знаний о психологической природе процесса умирания и обучение подходу к умирающему является задачей сотрудничающего психиатра, приглашенного для консультации.

Умирание является психобиологическим процессом с характерной *эмоциональной динамикой*. Kubler-Ross различал отдельные фазы, которые в идеально-типичном случае последовательно сменяют друг друга до полного завершения процесса. Они проходят такие отрезки, как недопущение вероятности и отрицание (denial), ярость (anger), торговля (bargaining), подавленность (depression) и принятие (acceptance). Каждая из стадий может быть пережита многократно. Эта динамика сообщает нам существенные знания об эмоциональной установке умирающего, однако нуждается в разъяснениях.

Процессу умирания может предшествовать скрытое или активно выраженное *влечение к смерти*. Это желание направлено на расставание с прошлым, на конец разлуки с близким (партнером), с имуществом, делом жизни и т. д. За этим следует *страх расставания* в связи с незавершенными жизненными обязанностями, с чувством ответственности за человека, зависимого от умирающего, а также представления о смерти как о путешествии в неведомое. Страхи расставания являются результатом недопустимого сокрытия всей правды, которое заключается в том, что до сознания пациента не была донесена истинная угроза его жизни в терминальной стадии болезни.

Далее следует стадия *борьбы и болезненных переживаний*, касающаяся темы предстоящих потерь, стычки с врачами и обслуживающим персоналом, членами семьи. В этом периоде больной воюет со своей судьбой. Он пытается использовать магические способы разрешения проблем. Он пытается откупиться от болезни, применяя жесткие методы лечения. Наказывая себя, он хочет превратить существующую для его жизни угрозу в несущественную и таким образом найти новое начало (вина и искупление). Борьба как часть процесса «отречения» направлена на сохранение или восстановление всех тех условий, утрата которых предстоит. Высвобождение себя из круга человеческих взаимоотношений и связей возвещает начало *фазы печали*. Она протекает при осознании больным потери всего того, что ему было дорого, т. е. всего окружающего его мира. Наконец, этот процесс завершается фазой *смирения и принятия реальности смерти*.

На все эти стадии с большей или меньшей долей вероятности можно оказать влияние. Помощь необходима в тех случаях, когда влечение к смерти приводит к натиску суицидальных намерений, когда страх смерти угнетает или приводит в ужас, порождает панику, когда внутренняя борьба увязает в боли и сомнениях, когда подавленность перерастает в глубокую меланхолию или осознание конца приводит к предсмертной эйфории. Искусство сопровождения умирающего состоит в том, чтобы понять «скрытые послания», которые заключены в эмоциональном восприятии, и дать больному понять его собственную истину. При этом сопровождающий ориентируется на смену эмоционального состояния больного при переходе из одной фазы в другую в смысле частичной идентификации с ним. Он допускает стремление умирающего к регрессии и физической близости.

Задача сотрудничающего психиатра состоит в том, чтобы вместе с лечащим персоналом сопровождать умирающего и смягчать возникающие конфликты. Кроме того, важно стараться облегчить существующие симптомы и создать благоприятную для больного атмосферу, в которой смерть будет расцениваться как желанное преодоление, а не как поражение и в которой найдут свое выражение участие персонала и его уважение к умирающему пациенту. Если пациент говорит «здесь хорошо умирать», то поставленная задача выполнена удовлетворительно.

Боль и лечение боли

Течение мыслей и познавательные процессы могут ассоциироваться с болями чисто функционально. Точно так же физические расстройства могут сопровождаться более или менее сильными болями. Тесной причинной связи устойчивой боли в смысле существования схемы реакции раздражения не существует. Феноменологически боли органического и психического происхождения не отличаются друг от друга. Боль — это однородное субъективное переживание, которое представляет собой качество переживаний. Боли психического происхождения являются не менее значительным психодинамическим феноменом, чем страхи, депрессия или истерические проявления и часто находятся в связи с ними. В том же смысле значительными, но весьма отличимыми являются тяжелые болевые состояния при незначительных органических поражениях и, наконец, тяжелые болевые состояния, органически обусловленные, с вторичными психическими расстройствами (Merskey, 1986). При болях последней группы, как правило, не находят ни истерических, ни невротических симптомов. Но, наряду со страхом и подавленностью, наблюдаются неприязнь, раздражительность, озлобленность, горечь и агрессивные модели поведения, как ответная реакция на боль.

Пациент, страдающий от боли, нуждается в тщательном соматическом обследовании, установлении локализации боли, степени ее тяжести, продолжительности, времени появления, характера и сопровождающих симптомов, а также сбора личного и семейного анамнеза, условий труда и экологической среды. В лечении болей оправдали себя когнитивные методы терапии и краткосрочная психотерапия с использованием анализа, а также привлечение членов семьи к участию в лечении. Для лечения болевого синдрома может быть использована и групповая психотерапия. В психофармакологическом лечении применяются трициклические антидепрессанты и производные фенотиазина, так как они обладают аналгетическим действием. Лечение бензодиазепинами не показано. Для больного, страдающего болями, решающим моментом является выбор врача, который сумеет правильно оценить совокупность био-психо-социальных факторов и способен использовать эти знания для лечения динамики возникновения и устойчивости болей.

ЛИТЕРАТУРА

- Bönisch E., J.E. Meyer: Psychosomatik in der klinischen Medizin. Springer, Berlin 1983.
Creech F., J.M. Pfeffer: Medicine and Psychiatry: A Practical Approach. Pitman, London 1982.
Mendel M., Ph. Solomon: The Psychiatric Consultation. Grune & Stratten, New York 1968.
Merskey H.: Schmerz und Schmerztherapie. In: Kisker K.P., H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II. Springer, Berlin 1989.
Machleidt W., L. Gutjahr, A. Mugge: Grundgefühle. Springer, Berlin 1989.
Strain J.J., St. Grossman: Psychological Care of the Medically Ill. A Primer in Liaison Psychiatry. Appleton-Century-Crofts, New York 1975.
Wise T.N., H. Freyberger: Consultation-Liaison Throughout the World. Karger, Basel 1983.

34 Помощь при кризисных состояниях и психиатрический экстренный случай

Цель обучения

Овладение техникой психотерапии при кризисных состояниях; знание первой помощи в классических неотложных случаях: психотические состояния возбуждения, мания, депрессия, острый психоорганический синдром, психо-гериатрические состояния спутанности, белая горячка, синдромы интоксикации и абстиненции при зависимости от алкоголя, одурманивающих веществ и лекарственных препаратов.

Психотерапия при кризисных состояниях

Непосредственным ответом на событие, которое переживается как личная катастрофа — например, утрату близкого любимого человека, обманутые ожидания, профессиональные или финансовые потери, — является чувство внутреннего оглушения («феномен шока», эмоциональная «анестезия»). Эта реакция является в первую очередь попыткой самосохранения, попыткой овладеть ситуацией путем ее отрицания, дистанцирования от нее. Разрушение этой защитной реакции и других обычных защитных механизмов может повергнуть пациента в захлестывающий его панический страх, глубокое отчаяние, усталость от жизни, несдерживаемое бешенство или мир психотических фантазий.

Что может быть сделано для преодоления такой кризисной ситуации и как выглядят терапевтические мероприятия? Адекватным методом является вмешательство в кризисное состояние — психотерапия кризисного состояния или психотерапия, применяемая в экстренном случае. Цель терапии — быстро достигнуть *эмоционального облегчения* и восстановить равновесие, которое было у пациента до криза. Если пациент готов участвовать в беседе и в состоянии говорить, то очень важно, чтобы врач внимательно следил за его высказываниями, проявлял сочувственное понимание и оказывал пациенту успокаивающую поддержку.

Такая методика должна применяться независимо от того, имеются ли у пациента психотические по своему содержанию переживания фактов или же он сообщает сведения, соответствующие действительности. Если пациент замкнут (мутичен), то импульс беседе может быть дан активным обращением и собственной интерпретацией произошедшего, а в случае необходимости — выраженной конфронтацией. При двигательном беспокойстве, депрессивном ступоре, высказывании психотических фантазий полезно назначение таких лекарственных препаратов, как Haldol, Valium с целью восстановления способности пациента к общению.

Первоочередная цель беседы — выяснение *произошедшей трагедии и ее значения* для пациента. Врач спрашивает, «почему это» и «почему сейчас». Если ему удастся распознать более или менее неосознанные мотивы пациента, то он должен сообщить об этом пациенту. Если пациент сам позволяет распознать свои защитные уловки, то он дает врачу возможность *выразить словами* свои чувства и установки в отношении травмировавшего его события. При этом часто можно установить катарсическую («очищающую») реакцию и очевидное облегчение. Ободрение и проявление сочувствия

продвигают лечебный процесс. На этой стадии лечения перед врачом открывается возможность дать первую оценку выраженности у пациента силы «Я» и его гибкости.

Теперь наступает черед обратиться к здоровым сторонам личности пациента, например к разговору о его трудоспособности, к успехам и положительным результатам его деятельности, отодвинув в сторону пристальное рассмотрение конфликтных деталей. Если у пациента есть близкие члены семьи и лица из ближайшего окружения, то они должны быть вовлечены в терапевтический план. В большинстве случаев криз у одного человека равноценен коллапсу всего состава семьи. Для всех участников пережитый криз создает условия для появления и принятия более зрелых оценок взамен старых, оказавшихся непригодными. Основным условием для *преодоления криза* является сосредоточенность внимания на фокусе проблемы, быть «здесь» и «сейчас», а сведения из прошлого привлекать только в том случае, если они имеют непосредственное отношение к проблеме. Чувства «переноса» должны быть затронуты в беседах только в том случае, если они блокируют лечебный процесс или подталкивают его. Неосознанные претензии и конфликты во время криза очень близки к осознанным. Это создает благоприятные условия для поднятия до уровня осознания собственного участия в реализации травмы. Прояснение конкретной конфликтной ситуации дает, при известном умении, возможность перейти от нее к главным проблемам пациента, лежащим в основе этой ситуации. А это, в свою очередь, позволит внести изменения в лечебный процесс. Таким образом, определяется различие между чистым смягчением последствий пережитой травмы и выявлением возможности длительно действующего альтернативного решения проблем. Каждый кризис таит в себе возможность развития, так как любое развитие вытекает из кризиса!

Кто обращается за помощью в кризисных случаях? Среди лиц, обращающихся в крупные центры лечения кризисных состояний в США, 1/3 расцениваются как больные неврозами, 1/3 — как лица с личностными расстройствами, 1/5 — как больные в состоянии психоза, а остальные — как лица с ситуационными реакциями. Сколько терапевтических сеансов необходимо? Почти в половине случаев требуется один-два сеанса, и только примерно в 2 % случаев — около шести сеансов. Целесообразно ограничиться двумя-четырьмя, редко шестью сеансами. Определение сроков лечения и достижения поставленной лечением цели необходимо обсудить с пациентом, возможно даже во время первого сеанса. Наряду с индивидуальной и семейной терапией вполне оправдал себя специальный подбор групп больных, нуждающихся в антикризисной терапии. При завершении курса лечения врач должен высказать свое согласие на повторное обращение к нему пациента и на возобновление лечения в случае необходимости. При соответствующей мотивации пациента врач поступит правильно, давая согласие на продолжение психотерапевтического лечения индивидуально, в группе или с членами семьи. Эффективность терапии обнадеживает: у 2/3 пациентов, прошедших лечение по поводу кризисных состояний, наблюдается значительное улучшение.

Первая помощь при психиатрических неотложных случаях

Шизофренное и кататоническое состояние возбуждения, мания

Сначала 1–2 ампулы (5–10 мг) Haldol внутривенно или внутримышечно; в случае необходимости 10–20 мг Valium внутривенно (только в отдельном шприце!). В случаях особо тяжелого возбуждения через каждые 30 минут по 1–2 ампулы Haldol внут-

ривенно или внутримышечно и одновременно 50–300 мг Neurocil внутримышечно. *Внимание:* возможно понижение кровяного давления. Суточная доза Haldol 30–60 мг (6–12 ампул). Вечером, с целью седативного воздействия, дополнительно Neurocil. При базисном лечении солями лития уровень его в плазме 0,4–1,2 mval/l. *Внимание:* раннее появление признаков интоксикации наблюдается при одновременном приеме Haldol.

*Кататонический ступор,
острая фебрильная (злокачественная) кататония*

Высокие дозы сильнодействующих нейролептиков: введение 30–60 мг (6–12 ампул) Haldol в 500 мл изотонического электролитного раствора (например, Sterofundin) утром и вечером, до исчезновения кататонической симптоматики. Введение в схему лечения 3 × 50 мг Neurocil внутримышечно в течение дня и уменьшение первоначальной дозы Haldol до 1 ампулы в день, в зависимости от психопатологической картины. Необходимо контролировать потребление воды и содержание электролитов; не забывать о профилактике тромбозов. Питание через зонд или парентерально. Постоянный пост у постели больного и повторяющиеся обращения к нему (попытки общения с больным). При *острой кататонии, представляющей угрозу для жизни* (высокая температура и/или тахикардия), и резистентности в отношении нейролептиков, решающим средством, способным спасти жизнь больного, является *электросудорожная терапия*. Лечение блокадой в форме кратковременного релаксирующего наркоза (Trapanal, Succinyl; премедикация: 0,5 мг атропина внутримышечно) с участием анестезиолога.

Ажитированный депрессивный психоз

Амбулаторно: мягко действующие нейролептики, например 75–250 мг Melleril или 200 мг Retard внутрь, или Neurocil до 150 мг внутримышечно.

В стационаре: Saroten (Amitriptylin) в капельнице, в течение первых суток не более 150 мг, растворенных в 250 мл 0,9 %-го раствора NaCl; время введения 90–120 минут; внутримышечно 25–50 мг (до 150 мг в первый день) или внутрь.

Внимание: гипотоническое нарушение регуляции кровообращения (Depot-Novadral), нарушение проводимости сердечных импульсов, глаукома, гипертрофия простаты: задержка мочи.

Противопоказано: одновременные назначения трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы.

В случаях резистентности к антидепрессантам и тенденции к хронификации может быть рекомендована электросудорожная терапия.

Состояния возбуждения при соматогенных психозах

У больных преклонного возраста с органическими мозговыми нарушениями необходимо осторожное дозирование нейролептиков, например: 5–25 капель или 1/2 ампулы (2,5 мг) Haldol внутривенно, в случае необходимости повторно, но не раньше чем через 30 минут. Альтернатива: 5–20 г паральдегида внутрь или 5–10 мл глубоко в ягодичу, в стеклянном шприце; показан также Distraneurin в дозировке 2–3 капсулы или внутривенно.

Противопоказаны: производные морфина, скополамин, барбитураты и другие снотворные. Не подходят для лечения и антидепрессанты. Дополнительно часто необходимы увеличение потребления продуктов питания и жидкости, одновременное лечение нарушений со стороны сердца и кровообращения; осуществление контроля

потребления жидкости и баланса электролитов, а при необходимости — переход на введение препаратов парентерально.

У *более молодых пациентов* с острым органическим психосиндромом терапия согласно указанному выше, но в более высоких дозах, например: 1–3 ампулы (5–15 мг) Haldol внутривенно или внутримышечно, 2–4 капсулы Distaneurin или несколько инъекций до наступления успокоения, 1–3 ампулы (10–30 мг) Valium внутривенно или внутримышечно.

Реактивные состояния с выраженными страхом, агрессией, депрессией или суицидальностью

Сеанс *кризисной психотерапии* продолжительностью 30–50 минут; если потребуются — повторные сеансы. Если контакта и сотрудничества больного добиться не удастся, то в зависимости от ситуации и на короткое время назначаются транквилизаторы в индивидуальных дозировках (Valium), антидепрессанты с седативным действием (Saroten) или нейролептики (Haldol, Melleril).

Острые синдромы при злоупотреблении алкоголем, одурманивающими веществами и медикаментами

Общие положения. Причиной неотложного случая и кризисной ситуации могут быть явления передозировки и абстиненции, суицидальность и состояния опьянения, делирии, галлюцинаторно-параноидные психозы и церебральные судорожные припадки. С самого начала необходимо выяснить, *какой вид зависимости* имеется у пациента, *какие субстанции* он принимал. *Выбор места*, где следует проводить лечение, определяется, главным образом, следующими показателями: при незначительно выраженной симптоматике и невысоких дозах, которые употреблял пациент, лечение, как правило, может проводиться в психиатрическом отделении. При осложнениях, тяжелых состояниях и явлениях интоксикации лечение необходимо проводить *в отделении интенсивной терапии*, где имеется опыт борьбы с интоксикацией. При интоксикациях еще до поступления в стационар должны быть по возможности выяснены следующие вопросы: *почему, когда, какие субстанции и в каких дозах принимались?* Там, где это возможно, должны быть опрошены третьи лица. *Врач скорой помощи* фиксирует свое внимание на витальных функциях: состоянии сознания, дыхании и кровообращении. Если установлено, что субстанция принималась внутрь, необходимо немедленно вызвать рвоту. *Терапия в стационаре* состоит в симптоматическом лечении витальных функций, выведении яда, при наличии возможности направлена на нейтрализацию действия яда с помощью антидота, а также на лечение последствий действия яда.

Состояния возбуждения: «нормальное» и чрезмерное употребление алкоголя. Необходимо предпринять промывание желудка, чтобы препятствовать дальнейшему всасыванию алкоголя. Эта мера возможна только при условии, что пациент *бодрствует и готов к сотрудничеству* с врачом. Процедура осуществляется механически или с помощью 10 мг апоморфина или 10 мг Novadral внутримышечно. *Предостережение:* имеется опасность аспирации; антидотами являются Lofan и Narcanti.

Седативный эффект достигается внутримышечным введением 5–10 мл паральдегида (глубоко, в область ягодицы; в стеклянном шприце!). В исключительных случаях, при сильнейшем возбуждении — до 20 мл, а именно по 10 мл в правую и левую ягодицы. Фиксирование пациента в течение последующих 10 минут, до достижения седативного эффекта, в присутствии врача или среднего медицинского персонала.

Альтернативу составляет повторное введение внутривенно или внутримышечно 1–2 ампул Haldol (5–10 мг) с интервалами не менее 30 минут.

Противопоказаны: барбитураты, морфин, валиум.

Явления абстиненции (предделирий) при алкогольной и/или медикаментозной зависимости. Непрерывные медицинские мероприятия без применения медикаментов и «Talk down». При устойчивом повышении кровяного давления и учащении пульса (показатели: систолическое давление на протяжении более одного часа выше 180 mm Hg на аппарате Рива-Роччи и частота пульса свыше 120 уд./мин) показан Distraneurin в сиропе или капсулах. Обычная доза: 2–4 капсулы в течение 2–4 часов; соответственно 10–20 мл сиропа. *Цель терапии:* стабилизация и нормализация показателей кровообращения.

Предостережение: возможно побочное действие препарата Distraneurin на сердечно-легочные функции.

Делирий. Немедленная госпитализация. При делирии, развившемся впервые, или при *делирии в анамнезе*, не требовавшем парентерального введения препаратов, последовательно проводить следующие мероприятия: Distraneurin внутрь. Начальная доза 2–3 капсулы, далее, как правило, через каждые 2 часа по 2 капсулы в зависимости от психопатологических проявлений и соматического состояния, максимально 24 капсулы в сутки. Применять «Talk down»! Если желаемый эффект не наступает, может быть сделана попытка одно-двукратного введения Distraneurin по 20–40 мл (высшая доза 120 мл в течение 30 минут) в форме 0,8 %-ного раствора Distraneurin под контролем кровяного давления и частоты дыхания, обязательно в присутствии врача. *Внимание:* угнетенное дыхание (подушку с кислородом держать наготове!) и обильная секреция бронхов. *Цель лечения:* стимулирование сна и продолжение пероральной медикации, успешное уменьшение доз в последующие дни в соответствии с клинической картиной.

Если предпринятые меры не приводят к желаемому эффекту или пациент в прошлом перенес делирий, *требовавший парентерального введения препаратов*, то необходимо прибегнуть к парентеральному введению Distraneurin в условиях отделения интенсивной терапии.

Осложнения: при наличии обильных галлюцинаций следует проводить комбинированное лечение Haldol-Distraneurin: Haldol 3 × 50 до 3 × 100 капель или несколько раз в день по 1 амп. (5 мг) внутривенно.

При *эпилептическом анамнезе* назначать одновременно противосудорожные препараты Phenhydap, понижая постепенно с 3 × 3, потом 3 × 2 и далее 3 × 1 таблетки в день (поддерживающая доза) под контролем уровня препарата в сыворотке.

При *первом в жизни судорожном припадке* в период абстиненции немедленно начать или (если уже назначено) повысить дозу Distraneurin.

При *серии припадков* 1–2 ампулы Valium или Ruvotril медленно внутривенно. При необходимости введение 50 мл 0,9 %-ного раствора поваренной соли. Лечение эпилептического статуса см. далее.

При *галлюцинозе:* немедленно 3 × 30–100 капель Haldol.

Острая алкогольная и/или медикаментозная интоксикация. Подтвердить, что этиловый спирт, определенный медикаментозный препарат или несколько медикаментов являются источником интоксикации. Направить на анализ рвотные массы и мочу. Определить уровень в крови алкоголя, а также медикаментов. Дезинтоксикацию и базисную терапию проводить в отделении интенсивной терапии по правилам клинической токсикологии.

Психостимуляторы (Weckamine) и кокаин. При интоксикации: устранить раздражающий фактор, контролировать температуру, кровяное давление, дыхание. *Предостережение:* гипертония и быстрое повышение кровяного давления. *Терапия:* 10–20 мг Valium вначале, вводить медленно, внутривенно, а затем внутримышечно, если понадобится повторить.

При кокаиновом шоке противошоковая терапия как при анафилактической реакции. При психотическом синдроме (бредовое переживание дерматоза, связанное с ощущением ползающих под кожей червей, делирий, «кокаиновое безумие» и др., с выраженными суицидальными тенденциями) поддерживающая психотерапия. Если психотическая симптоматика держится стойко, следует начать лечение сильно действующими нейролептиками, например от 3×10 до 3×30 капель Haldol в день. Обеспечить немедленный полный отказ от употребления кокаина. Не упускать из вида возможности появления депрессивных симптомов, суицидальных намерений. Необходимо психотерапевтическое сопровождение.

Опиаты (морфин, героин и др.). При интоксикации: антагонист морфина Narcanti 0,4–2,0 мг (1 амп. = 0,4 мг) или Lofan 0,5–1 мг (1 амп. = 1 мл = 1 мг) медленно, внутримышечно. Возможно многократное повторение. Кислородную подушку держать наготове! Если после проведенных терапевтических мер не наступает улучшения дыхания и рефлекторной деятельности, то приходится допустить, что нарушение дыхания не обусловлено действием опиатов. При выраженном угнетении дыхания, вследствие угрозы респираторного ацидоза, форсировать диурез с помощью лазекса; применить кортикостероиды с целью предотвращения отека мозга. При судорожных припадках Phenhydan. *Предостережение:* учесть потенцирование действия опиатов алкоголем и барбитуратами.

Противопоказаны: нейролептики и аналептики.

Немедленно воздержание от приема опиатов; по возможности обойтись без медикаментов; в случае крайней необходимости малые дозы нейролептиков, например Haldol.

Галлюциногены и каннабис (LSD, мескалин, DOM, гашиш и др.). При интоксикации: абсолютное исключение раздражителей, контроль за дыханием и кровообращением, «Talk down». При тяжелых формах возбуждения, «бешенстве» с угрозой самоубийства в состоянии раптуса и высоких показателях кровяного давления от двух- до шестикратного введения 10–20 мг Valium внутримышечно, вначале 1–2 раза внутривенно или в форме капельного вливания 40–60 мг. При необходимости профилактика шока.

Противопоказаны: антидепрессанты, нейролептики, противопаркинсонные препараты, барбитураты и снотворные, не содержащие барбитуратов, аналептики и сходные с ними по действию препараты, влияющие на кровообращение.

«Horror-Trip», «Talk-down», назначение Valium.

Предостережение: суицидальные намерения при выходе из состояния.

При затяжном течении психоза начать лечение нейролептиками, если в течение трех суток психотическая симптоматика не исчезает.

«Flash-back»: психотерапевтическое разъяснение ситуации высвобождения.

Полное воздержание, немедленное, при абсолютном покое. Поддержка в форме успокаивающей беседы. При состояниях возбуждения, в исключительных случаях 10–20 мг Valium внутримышечно или внутривенно.

Status epilepticus

Время (в мин.)	Лечебно-диагностические мероприятия (сокращенно, по Schmidt, 1984)
0	Уточнение клинического диагноза; контроль кровяного давления, пульса, дыхания, состояния сознания; ЭКГ; создание возможности для внутривенного вливания, обычный набор лабораторных исследований и определение уровня содержания противосудорожных препаратов в крови. При цианозе: определить содержание газов в артериальной крови.
5	Введение физиологического раствора поваренной соли и инъекция Bolus 5 мл в 50 %-ном растворе глюкозы.
10	Диазепам (Valium) внутривенно; скорость введения максимально 2 мг/мин, но не более 20 мг. После этого, если припадки не прекратились, 250 мг Phenytoin (Phenhydan) внутривенно при скорости не более 25 мг/мин; затем Phenydan-концентрат для инъекций (50 мл соответствует 750 мг Phenytoin), скорость введения 2/3 мг/мин, но не более 50 мг/мин, до достижения полной дозы из расчета 17 мг на 1 кг веса тела. <i>Предостережение:</i> при падении кровяного давления и аритмии замедлить скорость введения препарата.
30—40	Если и после перечисленных мер припадки не прекращаются, то следует повторить 20 мг диазепама в форме 250 мл 0,9 %-ного раствора NaCl или 5 %-ного раствора глюкозы. Можно заменить это применением клоназепама (Rivotril), начиная с дозы 0,2 мг/мин до общей дозы 2 мг для взрослых или фенobarбитала (люминала) не более чем 100 мг/мин внутривенно до общей дозы 200 мг/кг веса тела. Не применять эти два препарата одновременно и не вводить один вслед за другим! Предусмотреть возможность интубации и искусственного дыхания.
50—60	Если припадки не прекращаются, необходимо прибегнуть к общему наркозу тиобарбитуратами, проводимому анестезиологом. Если анестезиолог в данный момент отсутствует, то приходится ограничиться 4 %-ным паральдегидом в физиологическом растворе поваренной соли, до прекращения припадков. В качестве альтернативы 50—100 мг лидокаина внутривенно; в случае успеха: 50—100 мг лидокаина в 250 мл 5 %-ного раствора глюкозы или декстрозы; скорость введения максимально 1—2 мг/мин. Альтернатива: введение Clometiazolin (Distraneurin) со скоростью не более 8 мг/мин. <i>Предостережение:</i> угнетение дыхания и понижение кровяного давления. Необходим постоянный медицинский надзор.
80	Если ни один лекарственный препарат не оказывается эффективным, то далее следует применить только общий наркоз. Необходима консультация опытного epileптолога.

Дополнительные мероприятия:

- 1) лечение, направленное на предотвращение развития отека мозга: инъекции фуросемида внутривенно или внутримышечно; вливание 150 мл 20 %-ного раствора Mannit в течение 1 часа;
- 2) лечение ацидоза и экзикоза;
- 3) меры, направленные на снижение температуры, — влажные укутывания или применение жаропонижающих препаратов;
- 4) в случае аспирации противомикробные препараты;

5) постоянный пост у постели больного; измерение кровяного давления, пульса, контроль за дыханием, меры по сохранению водного и электролитного баланса;

6) назначение препаратов дигиталиса.

Непереносимость и явления интоксикации при медикаментозной терапии

Непереносимость и явления передозировки при лечении антидепрессантами

Психиатрические осложнения: нарушение сознания, делирий, галлюцинаторно-параноидный психоз как результат «провокации симптомов», развитие мании, состояния двигательного беспокойства и возбуждения.

Органические осложнения: острая задержка мочеиспускания, тяжелые состояния коллапса, тотальная аритмия, заворот кишок, церебральные кризы, миоклонические подергивания, агранулоцитоз (чрезвычайно редкое явление), нарушение функции печени, сопровождающееся желтухой, аллергические дерматозы и фотосенсибилизация.

Терапия: снижение дозировки или полное прекращение приема антидепрессанта; при развитии коллапса плазмаэкспандер; при нарушениях сердечного ритма 1–2 мг Phisosigminsalicylat (Anticholinum) внутривенно; лечение делирия препаратом Distraneurin.

Противопоказаны: адренергетики.

N.B. Ингибиторы МАО назначать только в исключительных случаях и только пациентам, резистентным к терапии другими антидепрессантами! Быть внимательным в отношении проявлений *непереносимости*.

Противопоказания к применению антидепрессантов

Абсолютные противопоказания: интоксикации психотропными препаратами, симптомы делирия, состояния спутанности, острая задержка мочи.

Относительные противопоказания: гипертрофия простаты с нарушениями мочеиспускания, глаукома, поражение печени и почек, нарушение сердечной проводимости и выраженная сердечная недостаточность, состояния после перенесенного инфаркта миокарда, послеоперационный период, угроза заворота кишок после оперативного вмешательства на кишечнике, одновременно с приемом препарата Guanethidin.

Состояния интоксикации при лечении солями лития

Угрожающие симптомы (Schou, 1986): выраженная тошнота и рвота, понос, крупно-размашистый тремор, необычная сонливость, апатия, сильное головокружение, нарушение артикуляции, полидипсия и полиурия.

Признаки интоксикации: помрачение сознания, кома, ригидность с повышением собственных рефлексов, трепетание мышц, падение кровяного давления, выраженный тремор, тонические судороги конечностей, церебральные судорожные припадки, атаксия, одышка.

Терапия: выведение яда из организма и базисная терапия в условиях отделения интенсивной терапии, форсирование диуреза с помощью Mannit/Sorbit или гемодиализ.

*Непереносимость и явления передозировки при лечении нейролептиками**Экстрапирамидно-двигательные синдромы:*

Ранние дискинезии (языко-глоточные судороги, судорожные подергивания мышц лица, затылка, тела, конечностей, опистотонус, хореоформные гиперкинезы). *Лечение:* 1 ампула (5 мг) акинетона внутривенно или внутримышечно, повторно.

Акатизия (двигательное беспокойство). *Лечение:* уменьшение дозы или полная отмена нейролептика, так как антипаркинсонные препараты неэффективны.

Поздние дискинезии (гиперкинезы после продолжительного приема нейролептиков). *Лечение:* уменьшение дозы или полная отмена нейролептика. В случае необходимости при особом контроле состава крови назначение лепонекса; акинетон противопоказан.

Осложнения при приеме нейролептиков: состояния коллапса, тахикардия, кардиотоксические симптомы, отек слизистых, тромбозы, галакторея, нарушения менструального цикла, отеки, особенно голеней, судорожные припадки, повышенная чувствительность к свету, тошнота и рвота, лейкопения и агранулоцитозы, необратимые отложения пигмента в коже, глазах, внутренних органах. *Лечение:* снижение дозы или полная отмена нейролептика. При коллапсе Plasmaexpander; никаких адренергетиков. При нарушениях сердечного ритма и антихолинэргических симптомах 1–2 мг PhysioStigminsalicylat внутривенно, при необходимости повторно. При судорожных припадках Valium.

Злокачественный нейролептический синдром: его симптоматика — резкое повышение температуры тела, акинезия, мышечный гипертонус, тахикардия и аритмия, ступор, вегетативные симптомы и единичные неврологические симптомы выпадения, высокая летальность вследствие сердечно-сосудистой недостаточности. DD.: злокачественная гипертермия, острая фебрильная (пернициозная) кататония. *Терапевтические рекомендации:* отмена нейролептиков, внутривенное введение раствора Dantrolen-Natrium (Dantrolen i.v. Rohm Pharma) и/или Bromocriptin.

ЛИТЕРАТУРА

- Benkert O., H. Hippus: Psychiatrische Pharmakotherapie. Springer, Berlin 1980.
Berzowski H.: Der psychiatrische Notfall. Notfallmedizin. Bd. 7. Perimed, Erlangen 1983.
Feuerlein W.: Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit. 4. Aufl. Thieme, Stuttgart 1989.
Finzen A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag, Rehburg 1981.
Haase H.-J.: Therapie mit Psychopharmaka. 5. Aufl. Schattauer, Stuttgart 1989.
Hyman S.E.: Manual der psychiatrischen Notfälle. Enke, Stuttgart 1988.
Schmidt D.: Behandlung der Epilepsien. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 1984.
Schou M.: Lithium-Behandlung der manisch-depressiven Krankheit. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 1986.
Wolberg L.R.: Kurzzeit-Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1983.

35 Умственная отсталость (олигофрения)

Цель обучения

Знания об умственной отсталости и оценка ее с точки зрения социальных ожиданий и психосоциальных последствий. Умение консультировать родителей, а также других близких родственников (братьев и сестер) в отношении лечебно-педагогических мероприятий, касающихся умственно отсталых в детском и юношеском возрасте.

Классификация

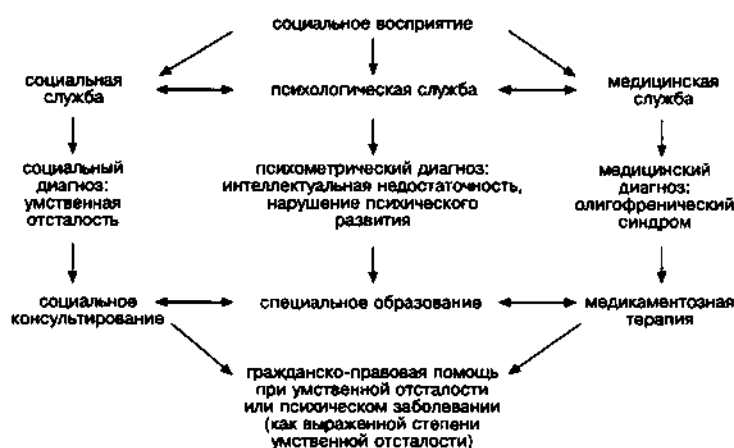
МКБ-9: 317–319

Определение и классификация

Олигофреном называют человека, который не обладает достаточными способностями, чтобы обеспечить себя и решать свои дела так, как это соответствует установкам и нормам в основной массе общества. Олигофрены — это люди, которые не могут выполнять общественные нормы в связи с психическим дефицитом, который столь очевиден, что ограничивает предъявляемые им требования. В ФРГ каждый из 150 детей умственно недоразвит. В большинстве случаев это бросающееся в глаза нарушение социального восприятия (т. е. способности оценивать общественные процессы, а также поведение других людей, их чувства, намерения и мысли), которым руководствуются люди в процессе отбора общественных связей и которое не соответствует общепринятым нормам и ожиданиям. Требуется, однако, общественные институты, которые объективизируют умственную отсталость и рекомендуют соответствующую помощь (табл. 1).

При психометрическом определении умственной отсталости основным правилом является снижение интеллектуального индекса (IQ, *Intelligenzquotient*) более чем в два раза по сравнению с данными стандартного тестирования. При сплошной проверке с помощью соответствующей оценочной шкалы для взрослых (Гамбургский интеллектуальный тест Векслера) средний показатель составляет 100 со стандартным отклонением 15 в ту или иную сторону. Снижение IQ ниже 70 оценивается как «интеллект ниже нормы». Соответственно, уменьшение интеллектуального индекса более чем в три раза по сравнению с нормой оценивается как «выраженная степень умственного недоразвития» или «сильно выраженная степень снижения интеллекта». Всякая граница относительна, особенно при различных оценках отдельных интеллектуальных тестов. Измерение интеллекта должно постоянно расширяться путем многоосевой психометрии (диагностика развития), а также путем прямого наблюдения. Инструментальные (психометрические) исследования, даже если они носят комплексный характер, сами по себе не могут служить основой для надежной диагностики (табл. 2).

Таблица 1. Объединения общественной помощи



Диагностика, приведенная в табл. 2, представляет различия в олигофреническом синдроме, хотя в действительности они не столь схематичны:

Таблица 2. Классификация олигофренического синдрома

Легкая дебилность	IQ = 80–70	Все еще достаточная способность к обучению	Mild mental retardation or deficiency	МКБ-9: 317
Дебилность	IQ = 70–55	Ограниченная способность к обучению (спец. школы)	Moderate mental retardation or deficiency	МКБ-9: 317.1
Имбецильность	IQ < 55	Способность усваивать жизненные навыки (необходима индивид программа соответ. упражнений)	Severe mental retardation or deficiency	МКБ-9: 318
Идиотия	IQ < 20	Почти полное отсутствие способности к обучению и усвоению (нуждаемость в уходе)	Profound mental retardation or deficiency	МКБ-9: 318.2

Формы олигофрений

Дебильность

Дебильные дети в специальных школах проявляют себя способными к получению образования, хотя не достигают социального престижа детей с нормальным школьным образованием. Дебилам всегда свойственны конкретные суждения, ограниченные непосредственным опытом и необходимостью обеспечения своих потребностей. Иногда жизнедеятельность дебилов отличается пассивностью: необходимые решения в этих случаях принимаются по типу короткого замыкания. Пассивным дебилам свойственна высокая степень внушаемости. Несмотря на то, что обучение в специальных школах дает дебилам возможность усвоить поведенческие нормы, их ролевые функции в обществе ограничены. Это особенно выражено в современном обществе, характеризующемся плюрализмом ролей, что ограничивает способность дебилов к адаптации и вносит в их жизнь неуверенность. Дебилы всегда могут охватывать лишь ограниченный набор общественных функций. Благодаря полученным навыкам дебилы на третьем десятке жизни становятся незаметными в обществе.

Следует упомянуть, что одной из проблем олигофрении является врожденная комбинация умственной отсталости с более или менее выраженными соматическим отклонениями. Интеллектуальный индекс (IQ) находится в границах 50–70 и остается относительно постоянным на протяжении всей жизни. Среди родственников дебилов пределы интеллектуального индекса лежат между 80 и 45.

Особое значение представляет так называемая «поведенческая глупость», которая характерна тем, что не склонные к повзрослению инфантильные дебилы обнаруживают настоящую живость и ловкость при хорошем механизме мышления в сочетании с некритичностью и низким уровнем психического развития.

Имбецильность и идиотия

Имбецильность и идиотия констатируются у детей, чья умственная отсталость определяется не только неспособностью читать, писать и считать, но распространяется также и на так называемую «культурную технику», т. е. способность к самообслуживанию в полном объеме. Разумеется, эти дети способны обучиться элементарной жизненной практике. Необходимо выяснить, в какой степени эти дети способны к словесному контакту и какую социальную интеграцию можно к ним применить. На протяжении первых трех лет жизни определяется возможность обучения языку и установления речевого контакта, на четвертом году продолжается обучение в специализированных детских садах. Необходимо, чтобы умственно отсталые дети развивали практические способности, им следует доверять пользование обычными вещами и предоставлять возможность для овладения повседневными навыками. В школах для детей, способных к овладению жизненными навыками, игровыми методами тренируется приспособленность к жизни, проводится обучение некоторым видам трудовых операций, которые могут быть использованы в специальных трудовых мастерских, призванных охранять и защищать интересы больных. Воспитание этих детей носит преимущественно групповой характер и направлено на развитие имеющихся у них моторных возможностей. Память и внимание у этих больных носит механический характер. При элементарных познаниях объем понятий и представлений ограничен. Выраженная идиотия проявляется в неспособности к обучению.

Тяжелые формы умственной отсталости часто сопровождаются массивной аутоагрессией и нападениями на окружающих. Не имея возможности придать своей аг-

рессивности социальные формы, больные склонны к самоповреждениям, таким, например, как битье головой о стену или нанесение себе тяжелых телесных повреждений, вплоть до смертельных. Склонность к двигательному возбуждению, стремление разорвать на куски постельное белье, одежду, игрушки, нападения на больных и обслуживающий персонал должны постоянно учитываться при осуществлении ухода за этими больными.

Такие состояния возбуждения в своей легкой форме могут проявляться как бесцельная беготня, защита от мероприятий по уходу, отказ от контактов.

При описании личности слабоумных нельзя ограничиваться констатацией того, что свои эмоциональные проблемы эти больные проявляют либо в форме возбуждения, либо в виде торпидности и инертности. Необходимы расширенные консультации для поиска более дифференцированных характеристик личностного поражения этих больных.

Дифференциально-диагностические замечания

Интеллектуальный индекс меньше 50 всегда свидетельствует о том, что олигофренный синдром есть следствие органического поражения мозга. Причинами таких поражений психики являются:

- 1) врожденное поражение зародышевых клеток родителей;
- 2) несовместимость родительских резус-факторов;
- 3) пренатальная инфекция;
- 4) мозговые и черепно-мозговые уродства;
- 5) повреждения плода при родах;
- 6) постнатальные поражения (энцефалиты, нарушения питания).

В индустриальных обществах среди родителей с легкой степенью отклонений от нормы преобладают лица из низших социальных слоев. Легкое отклонение от нормы без соматических признаков определяется лишь ограниченными возможностями для развития. Происхождение низкого интеллектуального индекса может быть обусловлено не только субкультуральными различиями в социальных уровнях (система оценок, способ воспитания), но и социальной и материальной ограниченностью низших слоев населения (в особенности медицинского и педагогического обслуживания). Известно, что при легкой степени задержки психического развития (низкий образовательный уровень) снятие причин, ограничивающих умственное развитие, может привести к увеличению интеллектуального индекса. Следует отметить, что школьные требования не идентичны более поздним социальным запросам: личности, которые в соответствии со школьными критериями относились к «умственно неполноценным», позже могут добиться достаточных успехов в самоутверждении и самообеспечении.

Консультирование

Вместе с диагнозом «олигофрения» (слабоумие) врач ставит неотвратимую проблему, состоящую в изменении жизненных планов относительно умственно отсталых людей.

Врач должен знать, что даже он может разделять господствующие в обществе предрассудки относительно этих людей. При консультировании он должен принимать во внимание страдания и конфликты, возникающие как во всей семье, так и у каждого ее члена.

Отца и мать умственно отсталого следует побуждать к проведению общих мероприятий, направленных на развитие ребенка и оказание ему помощи. Никогда не следует поощрять взгляды, согласно которым олигофренический синдром статичен и не имеет никаких шансов на изменение; напротив, даже человек с умственными нарушениями имеет индивидуальное развитие и индивидуальное течение своей жизни. Врач должен принять на себя обязательство не ограничиваться констатацией слабоумия, но предложить наиболее оптимальный план для его компенсации и лечения.

Нельзя оставлять без внимания проблемы психосексуального развития, которые для умственно отсталых осложняются социальными требованиями и социальной привлекательностью. Представляется ошибочным приобретение умственно отсталыми опыта сексуальности в пределах группы своих сверстников; следует медленно добиваться приобретения ими сексуальной идентичности и относиться с пониманием к их активности. Беспомощные в своем поведении, они с трудом устанавливают сексуальные связи с половыми партнерами своего уровня и проходят через фазу мастурбации и примитивных реакций. Врач должен разъяснить умственно отсталым сексуальные процессы таким понятным для них образом, чтобы уменьшить их беспокойство. Вместе с тем, необходимо и медикаментозное торможение полового влечения.

Следует обсудить вместе с родителями необходимость их присутствия и ежедневного требовательного побуждения для достижения их отсталыми детьми оптимального уровня саморазвития. Некоторую напряженность в отношениях с родителями вызывает требование врача даже на время не оставлять ребенка без внимания, что расценивается как намек на пренебрежение своими обязанностями. В связи с этим врач должен постоянно искать способы разгрузить родителей. При этом следует принимать во внимание, что нужно ограничивать взаимные обязательства братьев и сестер по отношению к умственно отсталым, так как умственно отсталые могут деформировать их жизненный путь. Оптимальной является выработка у умственно отсталого привычки к тому, что каждый член семьи в равной степени принимает в нем участие.

Следует оказывать помощь семье по выходу из вынужденной изоляции, в которой она находится из-за отсталого ребенка. Всегда имеется возможность для широкого использования направления таких детей в будние дни в открытые учреждения федеральных объединений для умственно отсталых детей.

Внешний вид слабоумных и их поведение делают их предметом унижений со стороны окружающих, и поэтому следует постоянно призывать посторонних оказывать умственно отсталым доброжелательную помощь в их ориентировании во внешней среде. Снижение интеллекта всегда является только бросающейся в глаза частью общего изменения развития, причем стадии человеческого развития так растянуты во времени, что наступающее улучшение состояния может остаться незамеченным. Нельзя пренебрегать тем, что умственно отсталые с трудом могут приобрести достаточные знания и проявить определенные способности для того, чтобы вести достойный образ жизни.

Предлагаем почтовые адреса объединений родственников умственно отсталых в немецкоговорящих странах Европы:

ФРГ

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., Raiffeisenstraße 18, 3550, Marburg/Lahn

Австрия

Dachverband Lebenshilfe Österreich, Ebendorferstraße 10/1, A 1010, Wien

Швейцария

SVEGB — Schweizerische Vereinigung der Elternvereine für geistig Behinderte, Postfach, CH 2501, Biel

ЛИТЕРАТУРА

- Handbücherei der Bundesvereinigung «Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.», Marburg a. d. Lahn.
Harbauer H.: Geistig Behinderte. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 1976.
Specht F.: Soziotherapie der Oligophrenen. In: K.P. Kisker, J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Bd. II/2. Springer, Berlin 1972.
Speck O.: Der geistig behinderte Mensch und seine Erziehung. 3. Aufl. Reinhardt, München 1975.
Spreen O.: Geistige Behinderung. Springer, Berlin 1972.

36 Генетически обусловленные формы слабоумия*Цель обучения*

Знания о формах слабоумия, являющихся последствиями генетически обусловленных изменений обмена веществ (фенилкетонурия и др.) и хромосомных aberrаций (трисомия 21 и аномалии половых хромосом), возможной профилактике этих заболеваний путем генетического консультирования и терапевтических шансах при раннем распознавании нарушений обмена веществ.

Нарушения обмена веществ и слабоумие

При этих формах слабоумия существует причинная взаимосвязь между генетическим поражением, ферментозным дефектом и олигофреническим синдромом. Исследования этих болезненных форм показывают, как дифференцированные биохимические исследования расширяют наши представления и терапевтические возможности в отношении аморфных клинических проявлений олигофрении.

Метаболически-генетические формы слабоумия

К настоящему времени известно свыше сорока метаболически-генетических форм слабоумия, связанных с поражением различных комплексов обмена веществ: аминокислот, углекислоты, жиров, электролитов, тяжелых металлов, витаминов и билирубина. Наследственное происхождение этих заболеваний, очевидно, носит рецессивно-аутосомный характер (носитель болезненного предрасположения клинически здоров, потому что второго здорового гена достаточно, чтобы обеспечить нормальный обмен веществ). Два гетерозиготных гена обуславливают проявление болезни в ряду детей, из которых 1/4 здорова, 1/2 имеет лишь половинный набор патологических гетерозиготных генов и у 1/4 можно ожидать возникновение заболевания. Закономерности течения различны для каждого случая болезни и времени ее возникновения (среднего возраста, в котором может возникнуть заболевание). Вредные метаболиты не всегда действуют немедленно в форме приступа болезни, и болезненная субстанция может проявлять активность на протяжении всей жизни.

Фенилкетонурия

Одной из существенных энзимопатий является *фенилкетонурия* как печеночная фенилаланин-гидроксилазная недостаточность (МКБ-9: 270.1), при которой нарушается фенилаланиновый обмен веществ.

Для нормализации обмена веществ при этом заболевании рекомендуется либо замена этой аминокислоты на тиразин, либо ее снижение путем применения в пищу гидролизата белка, лишенного фенилаланина; оба эти способа при фенилкетонурии блокируют пути нарушения обмена. Это приводит к возрастанию уровня фенилаланина в крови и тканях и выведению с мочой фенилпировиноградной кислоты.

Для **лабораторной диагностики** применяются два метода:

- 1) определение фенилаланина в крови;
- 2) констатация *наличия фенилпировиноградной кислоты в моче*.

Из 10 000 новорожденных один ребенок страдает фенилкетонурией. Частота заболевания в Европе раньше увеличивалась от Запада к Востоку, однако после Второй мировой войны направленность этих показателей изменилась в сторону увеличения от Востока к Западу и особенно выражена внутри северных немецких земель. От 0,5 до 1,5 % слабоумия в форме умственной отсталости связано с фенилкетонурией. Каждый 50-й человек является носителем этой энзимопатии. Пренатальная диагностика фенилкетонурии невозможна.

Хотя обусловленное нарушением обмена веществ слабоумие связано с дефектом ферментов, дети с этими нарушениями не обнаруживают клинических признаков заболевания и выглядят клинически здоровыми. Впервые клинические проявления возникают в определенном возрастном периоде под влиянием существенных нарушений питания, когда изменяется нормальное развитие и наблюдается нарастающая редукция интеллекта. При фенилкетонурии *изменение психического развития наступает на втором году жизни*; с этого времени процесс прогрессирует до пубертатного периода, когда он принимает наибольшую выраженность.

Терапия фенилкетонурии в соответствии с этим положением должна начинаться *на первом году жизни* и состоять в неукоснительном *применении диеты с низким содержанием фенилаланина*, которая должна соблюдаться в течение первых 10 лет жизни. Но даже в случае применения диетотерапии после первого года жизни возможно уменьшение размеров слабоумия. Разумеется, шансы на положительный результат незначительны в том случае, если терапия начинается на пятом году жизни ребенка. Опыт лечения женщин с фенилкетонурией, которые благодаря диете достигли нормального психического развития, показывает, что питание с низким содержанием фенилаланина должно сохраняться от момента рождения до конца репродуктивного периода. Известно, что не имеющие генетической патологии дети матерей с фенилкетонурией, прекращающих диетотерапию в пубертатном периоде и вовремя не получающих лечения, имеют высокую вероятность нарушения у них умственной деятельности (фенилаланинэмбриопатия вследствие фенилкетонурии матери). В таком случае возникает вопрос о том, не является ли сохранение диеты во время зачатия и беременности у таких женщин способом профилактики умственной отсталости у ребенка. В соответствии с этим, таким женщинам следует дать добросовестную рекомендацию при генетическом консультировании.

В некоторых случаях при врожденных нарушениях обмена веществ, приводящих к интеллектуальному дефициту, возможны терапевтические успехи: например, при

идиопатической галактоземии, идиопатической гипогликемии, непереносимости фруктозы, ренальном несахарном диабете, кленовой сахарной болезни.

Хромосомные аномалии и слабоумие

Синдром Дауна

МКБ-9: 758

Когда в 1866 г. John Langdon Haydon Down описал синдром олигофрении в форме «монголоидной идиотии», он руководствовался эволюционистским представлением о классификации, согласно которому шкала слабоумия имеет отношение к этническому падению умственных способностей. Определение «монголоидная идиотия, возникающая у белых детей как абсолютная неспособность к психической деятельности» соответствовало его оценке монголоидной «расы», которую он, согласно «естественной систематике» психических способностей, относил к «низшему уровню». В наше время упорное, взятое из зоологии утверждение, что синдром Дауна является проявлением «эмбриональной ступени развития», т. е. своеобразным атавизмом, так же как и вообще эволюционистская модель олигофрении, является спорным. Согласно такой гипотезе возможности приспособления и адаптации лиц с синдромом Дауна преуменьшаются. Этот взгляд уменьшает терапевтическую и педагогическую инициативу. Врачи, употребляющие термин «монголоидизм», должны знать о той опасности, которую несет использование этого названия.

Примерно один из 600 новорожденных рождается с хромосомной аномалией, приводящей к синдрому Дауна, а именно с трисомией в G-группе (в большинстве случаев это относится к 21-й хромосоме). Частота такого рода расстройств имеет четкую связь с возрастом матери: ожидание того, что мать моложе 30 лет родит ребенка с даун-синдромом, равно 1:2000; при возрасте матери от 30 до 35 лет — 1:1000; между 35 и 40 годами — 1:250; и при возрасте матери свыше 40 лет — 1:50. Связь между возрастом отца и частотой даун-синдрома до сих пор не установлена; однако это обстоятельство всегда следует принимать во внимание. Наследственной формой является транслокальный тип синдрома Дауна, который устанавливается в 3 % случаев. При синдроме Дауна никогда не следует пренебрегать генетическим консультированием. Превентивно беременным женщинам старше 36 лет и тем, кто имеет хотя бы одного ребенка с трисомией хромосомы 21, следует проводить амниоцентез плода с целью хромосомной диагностики.

Дети с синдромом Дауна сразу же после рождения обладают типичной внешностью: веки опущены, глазные щели узкие, глаза расположены глубоко, имеет место эпикантус (однако нет монгольской сморщенности лица), седловидный нос, гипотония нижней губы (и хейлоз — Cheilosis — трещины на губах и в углах рта), скошенный подбородок (микrogenия). У большинства наблюдается брахицефалия; мышцы и суставы слабы, кисти и стопы коротки и расплюснуты. Психические расстройства соответствуют дебильности или имбецильности; более тяжелые нарушения встречаются редко.

Врач должен как можно скорее ознакомить родителей с диагнозом и его последствиями. Необходимо найти нужные слова, чтобы известить родителей о своих диагностических предположениях. Имеет смысл рекомендовать для прочтения книгу Pearl S. Buck «Любимое несчастное дитя», в которой описан опыт общения автора с мон-

голоидным ребенком. В семье отец проявляет в подобной ситуации болезненную реакцию, так как он в нашей культурной схеме всегда ожидает рождения «нормального ребенка». Братья и сестры в связи с бросающимся в глаза отличием больного с синдромом Дауна от других насмеются над ним. Сообщение врача о диагнозе принуждает его к постоянным контактам с этой семьей. Он становится для семьи единственным человеком, который дает ей совет и оказывает помощь. Такое обслуживание, свободное от шаблонов, может дать возможность снова обдумать и изменить к лучшему семейную ситуацию. Мать часто после первой шоковой реакции склонна проявлять еще большую заботу о своем больном ребенке, что способствует усугублению нежелательной инфантилизации. Всегда необходимо, чтобы ребенок с синдромом Дауна проводил свое раннее детство в семье, где он обучится приспособляться к людям вне семейного гнезда.

Возможность психического развития ребенка напрямую зависит от специализированных учреждений (специализированные детские сады, детские сады с особой программой, специализированные школы, центры занятости, защищенные рабочие места в трудовых мастерских).

Пластические хирургические операции на лице, проведенные между 4 и 6 годами жизни, делают детей с синдромом Дауна более приспособленными к пребыванию в детских садах и школах, так как их внешность не столь бросается в глаза. Это особенно важно еще и потому, что по сравнению со своими умственно отсталыми сверстниками дети с синдромом Дауна способны к большей адаптации и большей гибкости в обучении. Часто удается таким образом улучшить способность детей к приобретению навыков самостоятельности. Само собой разумеется, что, устанавливая жесткие границы для умственно отсталых, можно просмотреть их возможность к получению образования.

При других аутосомных расстройствах, вызывающих олигофрению (трисомия 18 — синдром Эдварда — Edwards-Syndrom; синдром Катценшрай — Katzenschrei-Syndrom, обусловленный разрушением малой ветви 5-ой хромосомы), перспектива продолжительности жизни едва достигает одного года.

Отклонения комбинации половых хромосом

Для синдрома Кляйнфельтера (Klinefelter-Syndrom, МКБ-9: 758.7), сопровождающегося удвоением набора мужских хромосом (XXY), характерна дебилность или снижение средних способностей по сравнению с родителями, братьями и сестрами. Существует мнение, что синдром Кляйнфельтера можно установить при исследовании хромосом в мазке, взятом из слизистой рта. Примерно один из 600 новорожденных мальчиков обнаруживает хроматин-позитивные нарушения, свойственные синдрому Кляйнфельтера, что соответствует частоте хромосомных аномалий при синдроме Дауна.

Легкая умственная отсталость имеет место при хромосомной комбинации 47 XXX (Triple-X-Syndrom).

48 XXXX Syndrom, редкая полисомия, может иметь клиническую картину, напоминающую синдром Дауна. Она сопровождается выраженной психомоторной и психической задержкой развития, гипоплазией гениталий, аномалиями скелета и, кроме того, судорожными припадками.

Синдром Ульрих-Турнера (Ullrich-Turner-Syndrom, МКБ-9: 758.6) с кариограммой 45 XO, называемый также гоносомной моносомией, связанный со структурными изменениями во второй гоносоме, сопровождается умственной недостаточнос-

тью. Эти девочки отличаются неуклюжестью, неуверенностью в себе, отстают от своих сверстников в росте, пассивны и потому во всем присоединяются к младшим. С медицински-терапевтической точки зрения изменение их состояния малоудовлетворительно; помощь этим девочкам и молодым женщинам должна заключаться в социально-педагогических мероприятиях. Они состоят в получении профессионального образования и выработке возможности устанавливать контакты и партнерские связи.

ЛИТЕРАТУРА

- Collatz J., G. Flatz: Geistige Entwicklungsstörungen. Huber, Bern 1976.
 Dupont A.: Mental retardation. In: K.P. Kisker, J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Bd. II/2. Springer, Berlin 1972.
 Dupont A.: Genopathien. In: K.P. Kisker, J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Bd. II/2. Springer, Berlin 1972.
 Grüter W.: Angeborene Stoffwechselstörungen und Schwachsinn am Beispiel der Phenylketonurie. Enke, Stuttgart 1963.
 Rett A., H. Seidler: Das hirngeschädigte Kind, 5. Aufl. Jugend und Volk, Wien 1981.
 Wunderlich C.: Das mongoloide Kind. 2. Aufl. Enke, Stuttgart 1977.

37 Психопатология острых и хронических заболеваний головного мозга

Цель обучения

Знания об остром и хроническом психосиндроме, зависящем от поражения головного мозга в его обратимых и необратимых формах, и границах этого синдрома, включая локально-мозговые аспекты звучания каждого синдрома.

Классификация

- МКБ-9: 293 — преходящий органический психоз
 310 — непсихотические расстройства вследствие поражения мозга
 DSM III: 293.0 — делирий
 294.0 — амнестический синдром
 293.81 — органический бредовый синдром
 293.82 — органический психоз
 293.83 — органический аффективный синдром (острый органический психосиндром)
 294.10 — деменция
 310.10 — органические личностные расстройства (хронический психоорганический синдром)

Психоорганические синдромы при поражении мозга являются довольно *неспецифическими* с точки зрения их этиологии. Многочисленные повреждения, с которыми встречается мозговая субстанция или мозговое функционирование, приводят в дальнейшем к идентичным по структуре состояниям. Это, разумеется, облегчает отграничение (дифференциальную диагностику) зависящего от органического поражения мозга синдрома от невротических, связанных с переживаниями, состояний и от функциональных «эндогенных» психозов. Внутри группы органического

психосиндрома, связанного с поражением мозга, различают *острые* (потенциально обратимые) и *хронические* (часто необратимые) состояния. Острые мозговые нарушения проявляются в поражении *актуального поля сознания* пациента (его ясности, уровня бодрствования, сообразительности, ориентировки); длительные нарушения мозговой деятельности вызывают устойчивое *снижение структуральных систем* (личности, системы жизненных стереотипов, интеллекта).

В зависимости от остроты органического психосиндрома, связанного с поражением мозга, происходит оформление клинической картины нарушений сознания, бреда и других изменений реального отражения действительности. В таких случаях говорят об острых или хронических органических психозах.

Острые психоорганические синдромы

Стержневой синдром: Помрачение сознания

Нарушения уровня бодрствования (бдительного внимания, *Vigilanz*)

Нарушение ориентировки

Нарушение способности к запоминанию

Тяжелые острые мозговые поражения проявляются, прежде всего, в форме нарушений сознания. Самой сильной степенью выраженности нарушения сознания является *кома* (отсутствие защитных двигательных движений, угасание корнеальных рефлексов, возникновение патологических рефлексов); способность частичного восстановления поля сознания определяется как *сонор* (отсутствие сознания при сохранении моторных защитных движений — реакций на болевые раздражения и примитивных моторных шаблонов, как, например, хоботковые, хватательные движения и др.). Следующей ступенью восстановления сознания является *сомноленция* (выраженная сонливость, нарушение ориентировки, затруднение привлекаемости внимания, расплывчатая, нечеткая речь, поочередная смена апатичности и примитивной агрессивности). Переход к ясному сознанию сопровождается стадией *обнуляции* (нерезкое затруднение способности к восприятию, легкое замедление сенсомоторных реакций, нормальная ориентация, ворчливо-раздражительное или эйфорически-расторможенное настроение и характер побуждений). Эти ступени могут наступать и при под острым поражении мозга (модель: алкогольное опьянение) и следовать в обратном порядке.

*Нарушения уровня бодрствования
или бдительного внимания (Vigilanz)*

В норме бодрствование и даже состояние сна характеризуется постоянным изменением реагирования на жизненно важные раздражители. Сон не исключает полностью сторожевые пункты (сон кормилицы, при котором, например, не воспринимаются громкие шумы, при этом негромкие, но значимые звуки, например плач ребенка, вызывают пробуждение). Это характерно для нормального сна, но особенно для лиц, выполняющих определенные обязанности (матери, кормилицы, ночные дежурные).

Нарушение сознания нередко сопровождается «сверхбдительностью», совпадающей с фазой быстрого сна и интенсивным аффективным и неконтролируемым реагированием на раздражения, исходящие из окружающего мира. Депривация сна и токсические изменения сознания могут вызвать сверхбдительность и снижение

способности к фильтрации познавательной информации. Делиранты, несмотря на наличие у них помрачения сознания, нередко сверхбдительны и нуждаются в лечебном ограничении раздражителей.

Нарушения ориентировки и запоминания

Выраженное помрачение сознания проявляется взаимосвязанным поражением способности к ориентировке и запоминанию, например, установления и определения даты. Повреждение мозга в его начальной стадии или минимальное, но стойкое его поражение приводит к нарушению *временной ориентировки*. Это проявляется случайно во время беседы, касающейся конкретной даты, сезона и года; при более тяжелой степени помрачения сознания нарушается также *ориентировка в пространстве* (вопросы, касающиеся места пребывания, регионально-географических отношений). Наконец, разрушается *ситуативно-интерперсональная и личностная ориентировка* (пациент не может установить связь с другими людьми и выполнять свою роль в текущей ситуации, не может функционировать как личность).

Нарушения памяти (запоминания) начинаются с затруднения способности к свободному (произвольному) воспоминанию и проявляются, прежде всего, в утрате памяти на недавние события, нарушении интеграции дат в жизни человека, а позднее или при тяжелых мозговых поражениях — в так называемой «старческой памяти» (*das Altgedächtnis*), сопровождающейся утратой памяти на текущие события и относительной ее сохранностью на прошлое, подчиняющейся закону Рибо.

Экскурс в нейробиологию

(сознание, сон и сновидения, память)

Сознание сопровождается сложной совместной работой нейропсихических функций. Его нормальное функционирование непрямым образом обеспечивается сенсомоторным функционированием и коммуникативным поведением. Временная и пространственная ориентировка, ясность речи и актуальное реагирование человека, точно воспринимающего окружающее и гибко реагирующего на жизненно важные раздражители, свидетельствуют о сохранности сознания. Нейропсихологически сознание обеспечивается комплексным взаимодействием центральных активизирующих (*Arousal*) и тормозных процессов между центрэнцефалическими, кортикальными и лимбическими системами. Примитивные формы сознания и бодрствования остаются при отключении коры мозга (*das apallisches Syndrom*, описанный в 1940 г. E. Kretschmer) и сохранности мезодиэнцефальных отделов и ретикулярной формации мозга.

Сон и сновидения взаимосвязаны между собой и нейрофизиологически четко отличаются от коматозных, ступорозных и токсико-наркотических состояний. Они выполняют, как правило, функцию восстановления основных жизненно важных потребностей организма и также служат своеобразным уходом от реальности, выполняя роль психологической защиты. ЭЭГ во время сна расчленяется на различные стадии в зависимости от его глубины. Только для первой стадии (от 8 до 13 Гц низкоамплитудной активности) характерны сновидения. Такая фаза, повторяющаяся много раз в течение ночи и сопровождающаяся быстрыми движениями глаз (*rapid eye movements*), называется REM-фазой. Отмена сна (бессонница) или избирательная блокада быстрой фазы сна приводят к психическим расстройствам вплоть до

психотических состояний. При психозах меняется соотношение между «быстрыми» и «медленными» фазами сна. Сон является проявлением активности сознания на регрессивном уровне.

Память. Кратковременная память является проявлением активности гиппокампа и основана на конкретных электрофизиологических процессах; долговременная память основана на деятельности кортикальных, в особенности височных, структур и протекает на биохимическом уровне. Процесс тренировки памяти и запоминания связан с носителями рибонуклеиновой кислоты. Сосудистые и другие церебральные нарушения вначале приводят к относительной гипоксии, а затем и к интенсивному окислению протеиновых метаболитов головного мозга как носителей процессов памяти, которые с помощью сложных филогенетических механизмов связаны со всей психической деятельностью человека в ее историческом процессе.

Органические психозы

Имеется динамическое соотношение между тяжелыми острыми психоорганическими синдромами, проявляющимися в форме нарушений сознания, и хроническими органическими поражениями мозга, обуславливающими личностное и интеллектуальное снижение. На ранних или обратимых стадиях они могут выступать как «преходящие синдромы», но всегда, к сожалению, сопровождаются нарушением мозгового метаболизма, являющегося причиной болезненного процесса. При кардиоваскулярных, печеночных, эндокринных и других поражениях, в том виде, в каком они встречаются при тяжелых соматических заболеваниях, после операций и вследствие интоксикации часто появляются проходящие, прекращающиеся по мере выздоровления от основного заболевания, как правило, обратимые психозы, которые отличаются от функциональных «эндогенных» психозов тем, что они спаяны с нарушением сознания и способности к запоминанию. Врачи общей практики, например хирурги и терапевты, встречаются с такими психотическими состояниями органического генеза чаще, чем невропатологи.

К стержневым симптомам помрачения сознания относятся в данном контексте тяжелая степень спутанности (амения), сумеречные состояния, сновидное помрачение сознания с бредовой симптоматикой (онейроиды) и элементарные обманы чувств различной степени выраженности.

Описываемая в последующем изложении **типология органических психозов** представляет ступенчатый перечень (ряд) от конфабулеза до аменции. Этот ряд может быть прогрессирующим (при начале болезни) или обратимым (в порядке реконвалесценции).

Конфабулез. Наступает вследствие мозговой травмы, в ходе реконвалесценции при энцефалите, при проходящем горячечном делирии; длится от одного дня до недели и проявляется в некритично-эйфорической переоценке собственной личности (пациенты представляют себя высокопоставленными офицерами, финансовыми магнатами, известными операторами и другими выдающимися личностями, соответствующими преекзотическому «Я-идеалу») при относительно благоразумном поведении, недостаточном понимании собственного заболевания и достаточно благоприятном прогнозе.

Галлюциноз. Эпизодические, длящиеся от дней до недель мягко протекающие проходящие состояния, которые при атрофически-васкулярных мозговых процессах про-

являются в форме тактильного галлюциноза, при алкоголизме — в виде вербального галлюциноза и при прогрессивном параличе — как зрительный галлюциноз.

Онейроид. Эпизодически возникающее состояние со сновидными переживаниями при массивных помрачениях сознания; подвижные, преимущественно зрительные сценородные обманы чувств.

Сумеречные состояния сознания. Длящиеся от одного часа до недели простые по структуре сомнолентные исключительные состояния с дезориентировкой у эпилептиков. При эпилепсии с психомоторными припадками они длятся от секунды до минуты в виде «сновидных состояний» (dreamy states) и сопровождаются моторными стереотипиями, типичными для височных припадков. Сумеречные состояния могут встречаться также при сосудистых и воспалительных мозговых процессах. Изредка при сумеречных состояниях с частичной ориентировкой и относительно упорядоченным поведением может возникнуть агрессивная разрядка, вызывающая недоумение и ставящая судебно-психиатрические вопросы.

Делирий. Характеризуется средней степенью помрачения сознания и сопровождается дезориентировкой, психомоторной расторможенностью, тремором, выраженной вегетативной симптоматикой, преходящими оптико-тактильными галлюцинациями, непоследовательностью мышления. Клиническим прототипом делирия является белая горячка алкоголиков (см. с. 208), однако этот вид нарушения сознания возникает и вследствие других причин декомпенсации мозговой деятельности (сосудистые или сенильноатрофические расстройства и др.).

Аменция. Тяжелая степень помрачения сознания, сопровождающаяся редуцированной моторикой со снижением спонтанности, дезориентировкой, высокой степенью спутанности, беспомощностью, преходящими галлюцинаторными обманами чувств, аффектом страха или эйфорией. Наблюдается при тяжелых травматических, воспалительных или токсических поражениях головного мозга; преходящая аменция наблюдается относительно часто при хроническом органическом дефект-синдроме.

Апаллический синдром — тяжелый хронический дефект-синдром при сохранении реакции на раздражители и отсутствии активности сознания. Сопровождается редукцией условных рефлексов и способности к адекватным ответам на вопросы при сохранности ответных реакций и моторных стереотипов типа оральных, урогенитальных и хватательных автоматизмов. Аффективные реакции соответствуют расторможению инфантильной динамики удовольствия—неудовольствия. Длительные переживания, как правило, непереносимы. Очень редко (иногда после вирусного энцефалита) этот синдром носит преходящий характер с полноценной ремиссией.

Хронический психоорганический синдром

Стержневой синдром: снижение уровня личности
снижение интеллекта (деменция)

Ранние симптомы

Повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания, раздражительная слабость (астения), дисфорическое настроение, нерезко выраженное нарушение способности к запоминанию нового. В дальнейшем происходит замедление восприятий и представлений. Выявляется склонность к обстоятельности и детализации мышления («персеверация»), к утлощению и лабильности аффективной динамики. Астеноподобные или «истероидные» расстройства или блеклая ипохондрическая переработка собственного состояния нередко выступают на передний план в клинической

картине заболевания. Поражение личностных функций (этические оценки, способность к планированию, культурные навыки, вкусы и т. д.) предшествует интеллектуальному снижению. Сознание в течение всего времени остается ясным. Мышление становится ограниченным; осмотрительность (осторожность), способность к суждениям снижаются. Относительно сохранными остаются традиционные формы поведения. Снижается контроль за динамикой аффекта. Это приводит к преобладанию эйфорически-расторженного, раздражительно-ворчливого или торпидно-ленивого настроения и поведения над актуальной и адекватной аффективностью.

Общая направленность личностных расстройств первоначально приводит к преувеличению и карикатурной заостренности присущих пациенту ранее характерологических черт, которые сменяются дальнейшим уплощением личностных особенностей, требующим дифференциации с преморбидными личностными особенностями.

Встречающиеся при этом нарушения запоминания коррелируют со слабостью ориентировки и заполнением пробелов памяти биографическим материалом; перенос в прошлое случайных событий или компенсаторная повышенная самооценка служат основой для появления *конфабуляций*. Такой симптомокомплекс на клиническом жаргоне иногда обозначается как «корсаковский синдром».

Связанная с органическим поражением головного мозга картина дефекта может временно, реже хронически, сочетаться с органическими психотическими расстройствами.

Локально-мозговые психосиндромы

Психоорганические последствия очаговых повреждений мозга имеют психопатологическую и этиологическую специфику.

Лобный синдром характеризуется эйфорическим настроением, утратой такта и способности соблюдения дистанции в межлических отношениях, снижением уровня побуждений, блокадой способности к проектированию и прогнозированию, этической блокадой.

При **стволовом мозговом синдроме** наблюдается снижение побуждений, психомоторное обеднение, усиление аффективности с угрюмостью или приподнятостью.

Лимбический синдром может сопровождаться сексуальной расторможенностью, прожорливостью, примитивными агрессивными разрядами и амнестическими расстройствами без выраженного интеллектуального снижения.

Дизидеальный синдром (синдром поражения промежуточного мозга) характеризуется периодическим повышением чувства голода и жажды, нарушением ритма сна—бодрствования, повышенной отвлекаемостью внимания («полевое поведение»), пориоманией (бродяжничество, бесцельное стремление к путешествиям), импульсивным поведением со склонностью к насилию, гиперсексуальностью.

Терапия

При острых психоорганических синдромах лечение тесно связано с клинической картиной и концентрируется на основном страдании. Часто интенсивная терапия стабилизирует состояние сердечно-сосудистой системы и электролитного состава жидкостей организма. Нередко показано также назначение седативных и снотворных препаратов. При органических психотических состояниях назначаются паральдегид, *Distaneurin*, которые могут применяться в комбинации с нейролептиками. Следует

учитывать уменьшение толерантности и повышение риска легочно-сердечной недостаточности у каждого больного при применении клонетиазола (Clomethiazol) и нейролептиков с высоким потенциалом активности. Участиливость и уход в ходе лечения способствуют уменьшению раздражительности пациентов.

Интеллектуальное и эмоциональное снижение у больных с хроническим психоорганическим синдромом требуют длительного неврологического и общемедицинского лечения. Представляют опасность для каждого пациента вторичные нарушения (алкоголизм, склонность к конфликтам с нарушением социальных норм), неадекватная расточительность и склонность к риску. Это всегда нужно принимать во внимание при социально-правовой оценке поведения пациентов, вплоть до решения вопроса о специальном уходе за ними и учреждении опеки. Для лечения подострых и частично обратимых состояний требуются специализированные учреждения для лиц с органическими поражениями мозга, в которых проводится совместная психиатрическая и неврологическая работа. Осуществляется консультирование, поддерживающее родственников и членов семьи пациента. Ситуационные реакции при различных психоорганических синдромах часто вызывают упреки со стороны окружающих и приводят к реактивно-депрессивным кризам.

ЛИТЕРАТУРА

Lauter H.: Die organischen Psychosyndrome. In: Kisker K.P., J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. VI. Springer, Berlin 1988.

38 Психические расстройства после травм и инфекционных поражений головного мозга

Цель обучения

Знания о психопатологических синдромах и основных направлениях терапии при острых посттравматических и постинфекционных психозах. Медикаментозная терапия, психотерапевтические и реабилитационные позиции в отношении пациентов с хроническим снижением уровня личности вследствие мозговых травм и инфекций.

Классификация

- МКБ-9: 293.0 — острые состояния спутанности в рамках посттравматического органического психоза
310.2 — посттравматические синдромы
293.0 — острые состояния спутанности в рамках острых постинфекционных психозов
310.8 — специфические непсихотические расстройства вследствие мозговых поражений (здесь — постинфекционные)
DSM III: 293.0, 293.81, 293.82, 293.83 — делириозные, амнестические, бредовые, галлюцинаторные и аффективные органические психосиндромы
310.10 — органические личностные расстройства

Сотрясение мозга и ушиб мозга

(нейроанатомические и неврологические признаки заболевания описаны в рамках хирургии и неврологии)

Сотрясение мозга

Психопатология и течение. Длительная секунды или минуты, редко несколько часов преходящая утрата сознания, иногда — преходящее сумеречное состояние сознания. Со временем сужающееся забывание своего поведения перед травмой (ретроградная амнезия) и после восстановления утраченного во время травмы сознания (антероградная амнезия). Чем длительнее утрата сознания и период амнезии, тем увереннее можно судить о том, что имело место сотрясение мозга. Посткоммоционные явления — рвота, головокружение, головная боль, вегетативно-астенические жалобы. Этот посткоммоционный синдром длится, как правило, от нескольких дней до нескольких недель.

Терапия. Кратковременный постельный режим; ступенчатое, постепенное увеличение трудовой нагрузки, средства, успокаивающие вегетативную лабильность; анальгетики назначаются редко и на короткое время, транквилизаторы не применяются. Обязательно информирование пациента об обратимом характере последствий травмы.

Экспертиза. Работоспособность восстанавливается не позднее, чем через несколько недель после травмы. С экспертной точки зрения, незначительное снижение трудоспособности в течение нескольких месяцев, самое продолжительное — год. При более продолжительных осложнениях следует проводить дифференциально-диагностическое разграничение с постконтузионным синдромом, психореактивной переработкой (в том числе и с рентной установкой), другими, включая сосудистые и возрастные, мозговыми повреждениями.

Ушиб мозга (контузия мозга)

Психопатологическая симптоматика. Длительная (от нескольких часов до дней и недель) потеря сознания после (паренхиматозного) повреждения мозга (очаговое поражение коры мозга, множественные мезодизэнцефальные кровотечения, отек-набухание мозга, жировая эмболия и др.). При более длительном периоде утраты сознания, распространенной и не восстанавливающейся ретроградной амнезии и стойкости других, обычно преходящих, синдромов следует предполагать ушиб (контузию) головного мозга. Это мнение укрепляется при наличии таких очаговых проявлений, как гемисимптомы, генерализованные или фокальные припадки, афазия и т. д. Появление помрачения сознания через значительный временной интервал после травмы свидетельствует о компрессии мозга, скорее всего, в связи с присоединением эпидурального кровотечения или затяжном течении субдуральной гематомы. В части случаев возникает *травматический психоз* как несколько измененный вариант острого психоорганического синдрома (см. с. 260). Это состояние чаще всего сопровождается выраженным возбуждением и расторможенностью. На протяжении от нескольких дней до нескольких недель эти больные нуждаются в клиническом лечении, в ходе которого в связи с измененным сознанием пациенты не осознают ситуации и не сотрудничают с медицинским персоналом.

В благополучных случаях наблюдается обратное развитие неврологических, психопатологических и электроэнцефалографических изменений. *Длительность заболевания* зависит от масштаба и локализации травматических церебральных поражений.

Терапия. В неотложных случаях — реанимация с последующей интенсивной терапией. Успокоение при психотическом посттравматическом состоянии достигается применением паральдегида, *Distranepin*, нейролептиков с невысоким потенциалом действия и в осторожной дозировке.

Длительные посттравматические психические нарушения

Легкие психопатологические расстройства проявляются в виде хронических астено-вегетативных состояний с трудовой несостоятельностью, истощаемостью и снижением эмоциональной толерантности. Тяжелые травматические поражения мозга приводят к хроническому психоорганическому синдрому (см. с. 263) со снижением уровня личности и (при выраженности поражения) к деменции. На первом плане в структуре таких расстройств стоят нарушения памяти и ориентировки, а также конфабуляции, что можно расценивать как посттравматический корсаковский синдром. В общемедицинской практике часто встречается нерезко выраженное снижение уровня личности без существенных интеллектуальных и мнестических нарушений.

Типичные состояния риска (опасности) возникают у травматиков вследствие утраты аффективного контроля, недифференцированности и расторможенности в динамике влечений и связанного с этим усложнения межчеловеческих отношений. При этом нередко наступают профессиональное снижение, алкогольная зависимость, конфликты в семье, правонарушения. Выдержка и гибкость в принятии решений уменьшаются; наступает снижение мозговой продуктивности. В отношении травматиков к лечению имеет место не критично-эйфорическая самооценка или (чаще) депрессивная беспомощность. Утрата или снижение либидо и эмоциональная необузданность обуславливают дополнительные психореактивные кризы.

Поздние осложнения. Мозговые абсцессы (после открытых повреждений), травматическая эпилепсия.

Терапия. Специфическое фармакотерапевтическое лечение отсутствует. Психотерапевтические рекомендации, консультирование родственников, врачебная помощь при определении социального статуса больных стоят на первом плане. В постклинической фазе лечения показана длительная и при необходимости повторяющаяся реабилитация в специализированных учреждениях. Может понадобиться также организация ухода и опеки.

Экспертиза. При решении вопроса об инвалидности и установлении пенсии следует иметь в виду как время наступления инвалидности, так и вероятность возникновения преждевременных рентных установок. *Тщательное и своевременное* оказание медицинской помощи при несчастном случае имеет решающее значение для правовой оценки причиненного ущерба.

Психические расстройства вследствие инфекционных поражений мозга

Сифилитическая инфекция центральной нервной системы

Астенический синдром во вторичной стадии сифилиса: эмоциональная и вегетативная лабильность, головокружения, легкая обнубияция, преходящее состояние страха, отсутствие рефлекторной реакции зрачков на свет, позитивные серологические реакции в крови и спинномозговой жидкости, плеоцитоз в спинномозговой жидкости. Эти проявления могут претерпеть обратное развитие сами по себе или после проведения терапии (пенициллин).

Цереброспинальный сифилис. Может быть обусловлен паренхиматозным, менингитическим, сосудистым или гуммозным процессом. Психоорганический синдром с преходящими локально-мозговыми и психотическими проявлениями. Имеет место сложная неврологическая симптоматика (параличи, апоплектические состояния и т. д.). Выход в деменцию, которая часто связана с несвоевременным и недостаточно массивным назначением пенициллина.

Прогрессивный паралич. Это сифилитический энцефалит, возникающий через 5–15 лет и позже после люэтической инфекции, длящийся от месяцев до нескольких лет и приводящий к смерти. Мозговая патология: хронический лептоменингит, атрофия конвекситатного мозга (коры) и базальных ганглиев, плазмоцитарное перерождение сосудов. Со времени применения пенициллинотерапии первых двух стадий сифилиса прогрессивный паралич встречается значительно реже, чем прежде. Типичным является начало болезни между 30 и 40 годами. 1/10 инфицированных люэсом заболевают прогрессивным параличом.

Детский и юношеский прогрессивный паралич возникают вследствие натальной (природовой) инфекции. Возникает после 6 лет в форме рано начинающейся деменции и триады Гатчинсона (Hutchinson-Trias).

Диагноз. Сравнительно легок при присоединении характерной неврологической симптоматики — рефлекторной неподвижности зрачков, анизокории, деформации зрачков, дизартрии, табетических осложнений. Серологические и ликворологические исследования необходимы для диагностики: это тест геммагглютинации бледных спирохет (*Treponema-pallidum-Hamagglutination-Test*; ТРНА-тест), тест флюоресцентной абсорбции (*Fluoreszenz-Treponema-Anticorper-Absorbtion-Test*, FTA-тест) и тест иммобилизации спирохет (*Treponema-pallidum-Immobilisations-Test*, ТПИ-тест), лимфо- и плазмоцитарный ликвороплеоцитоз, повышение давления спинномозговой жидкости и относительное увеличение глобулинов в ней.

Психопатологически острый психоорганический синдром, часто с матовой депрессивной апатией или преходящими бредовыми расстройствами со сложной картиной мегаломанического бреда. В первой стадии заболевания — относительно обратимые преходящие состояния помраченного сознания. При дальнейшем течении — хронический психоорганический синдром со снижением уровня личности, деменцией и амнестическими расстройствами.

Решающей (для прогноза) является ранняя диагностика. При начале лечения в течение первых трех месяцев после появления инициальных симптомов возможно исцеление без существенного дефекта.

Терапия. Предупредительная (профилактическая) пенициллинотерапия сифилиса на его ранних стадиях с постоянным контролем серологических и ликворных реакций. Параллельное обследование ближайших родственников на предмет инфицирования супругов, детей и, особенно, новорожденных.

Пенициллинотерапия. Для профилактики токсико-аллергических реакций и sensibilization спирохет ежедневно вместе с кортикостероидами вводится 1 млн единиц депо-пенициллина в течение месяца под контролем картины наличия спирохет. При аллергии к пенициллину — тетрациклин. Повторение каждого курса через несколько недель вплоть до полного санирования спинномозговой жидкости (повторение курса проводится, прежде всего, при повторном увеличении содержания белка, появлении плеоцитоза и положительных люэтических реакциях в спинномозговой жидкости).

Другие психиатрически значимые инфекционные поражения мозга

Бактериальные инфекции, а также *лептоспиры*, *эхинококки* и другие возбудители, вызывающие клиническую картину поражения мозга и требующие лечения в неврологической и терапевтической клинике, сопровождаются психическими нарушениями. При выраженности менингеальных, менингоэнцефалитических или абсцедирующих процессов само собой разумеется возникновение острого психоорганического синдрома с различными органически-психотическими проявлениями. Следует принимать во внимание подострые эмоциональные расстройства (вплоть до мягко протекающих психозов) при острой малой хорее (Sydenham).

Церебральные инфекции вследствие поражения нейротропными вирусами

Инфицирование вирусом гриппа, бешенства, оспы, ветрянки, свинки, кори и т. д. может сопровождаться острыми психоорганическими расстройствами. Их симптоматика и течение зависят не от вида возбудителя инфекции, а от интенсивности и локализации воспалительного процесса. Психиатрическая терапия в клинических условиях проводится при выраженных нарушениях поведения с опасностью, наступающей вследствие органико-психотических расстройств.

Летаргический энцефалит (Есопомо) представлял эпидемическую кульминацию в 1916—1928 гг. и в настоящее время встречается спорадически. В острой стадии возникает делириозное помрачение сознания; после нескольких лет латентного периода возникает синдром Паркинсона (Parkinson Syndrom).

Энцефалит бешенства (Lyssa [Tollwut] Encephalitis) наступает через 10 дней — 4 недели после укуса или нанесения царапин инфицированным животным и через несколько дней заканчивается смертью. Этому предшествуют делирий, водобоязнь, стоволовые судороги.

Другие вирусные энцефалиты. Могут поражать конвекситатные и базальные отделы мозга и сопровождаются изменчивым, часто преходящим психоорганическим состоянием с галлюцинаторно-параноидным или онейроидным содержанием основного синдрома — помрачения сознания. Следует учитывать возможность смертности в острых стадиях заболевания. Длительные тяжелые психиатрические расстройства редки. Специальные терапевтические мероприятия изложены в неврологических и терапевтических руководствах.

Церебральный токсоплазмоз

При фетальном протозойном инфицировании встречаются тяжелые картины поражения мозга с олигофренией и эпилепсией.

Течение. Генерализованная инфекция, острый энцефалит или постинфекционное поражение мозга могут произойти как в период эмбрионального состояния, так и в раннем детском периоде. Нейроанатомически-очаговые размягчения, образование кист, обезизвествление. Постнатальное инфицирование, за исключением размягчения, протекает субклинически, изредка — как острый менингоэнцефалит.

Диагноз — с помощью реакции связывания комплемента с титрованием.

Терапия — Sulfonamide, Pyrimethamin.

Сыпнотифозный энцефалит

Он сопровождает клиническую картину любой риккетсиозной инфекции. Это заболевание носило эпидемический характер во время войны на восточном направле-

нии и в концентрационных лагерях. Сомнолетно-делириозное острое состояние через конфабуляторную фазу реконвалесценции нередко переходит в выздоровление. В некоторых случаях имеют место остаточные явления в виде мозговой атрофии, неврологической остаточной симптоматики и длительных психических изменений со значительным снижением уровня личности; часто на длительное время растягивается астено-вегетативный синдром.

Дифференциальный диагноз с постдистрофическими церебральными поражениями вследствие длительного голодания в лагерях для военнопленных или концлагерях часто очень затруднителен.

ЛИТЕРАТУРА

- Huffmann G.: Infektions- und andere entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems. In: Kisker K.P., H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. VI. Springer, Berlin 1988.
- Schönle P.W.: Psychische Störungen nach geschlossenen Hirntraumen. In: Kisker K.P., H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. VI. Springer, Berlin 1988.

39 Метаболические, эндокринные и послеоперационные психические расстройства

Цель обучения

Распознавание характерных взаимосвязей между метаболическими и эндокринными нарушениями, а также послеоперационными состояниями и психоорганическим синдромом.

Классификация

- МКБ-9: 293 — преходящие органические психозы
 294 — другие (хронические) органические психозы
- DSM III: 293.00 — делириозные состояния
 294.00 — амнестический синдром
 293.81 — органический бредовый синдром
 293.82 — органический галлюциноз
 293.83 — органический аффективный синдром
 310.10 — органические изменения личности

Непосредственно мозговые заболевания (опухоли, сосудистые процессы, рассеянный склероз, дегенеративные процессы) приводят к различной степени тяжести острому или хроническому психоорганическому синдрому. Типичные психопатологические состояния и их течение при соматических заболеваниях, тесно связанных с поражением мозга, описаны едва ли не при всех дегенеративных и экстрапирамидных поражениях мозга (атрофия при болезни Пика, см. с. 299; хорей Гантингтона, болезнь Вильсона, болезнь Альцгеймера, см. с. 299). Тяжелые общесоматические болезни вследствие нарушения водного баланса и содержания электролитов в жидкостях организма, изменения кислотно-щелочного равновесия и гемодинамики обуславливают церебральную гипоксию с мигрирующим «преходящим синдромом»,

(Н.Н. Wieck, 1956), выраженными органическими психозами или продолжительными, психоорганически структурированными личностными расстройствами.

Лейкозы, раковая диссеминация и авитаминозы, диссеминированная красная волчанка, прогрессирующие сердечные заболевания, поражения печени или почечная недостаточность могут привести к психопатологическим состояниям. Отсутствие или слабая выраженность осевого синдрома нарушенного сознания или отсутствие обратного развития галлюцинаторно-параноидной симптоматики при улучшении соматического состояния (например, в случае психоза при пернициозной анемии) могут представить серьезные трудности при дифференциальном разграничении с шизофреническими заболеваниями. Такая «симптоматическая шизофрения» может встречаться при отравлении солями тяжелых металлов, ацидозе или отравлении сероводородом. Циклотимоподобный депрессивный синдром может имитироваться мозговыми поражениями (травма, опухоли).

Эндокринный психосиндром

Четко очерченного эндокринного синдрома не существует. При эндокринных заболеваниях различные врачи время от времени встречаются с преходящими или стойкими изменениями влечений, настроения или единичных инстинктивных потребностей. Чувство насыщения (повышенный аппетит, отсутствие аппетита, особые пристрастия к пище), потребность или избегание тепла или холода, изменение потребности в движении (снижение двигательной активности, заторможенность, беспокойство и бессмысленная суетливость), повышение или понижение потребности во сне и сексуального влечения, беспричинное изменение места проживания, нарушение характера конкурентных отношений, агрессивное поведение, нахрапистость со склонностью к грубому командованию и к противоправным действиям относятся к многочисленным психопатологическим проявлениям эндокринного психосиндрома.

При устранении причин, вызывающих эндокринные расстройства, психопатологическая симптоматика редуцируется; напротив, наличие и расширение основного заболевания приводит к поражению мозга.

Психопатологические расстройства при отдельных эндокринных заболеваниях

Надпочечники. Апатия, депрессия, боязливая раздражительность со страхом, иногда делириозно-галлюцинаторные психозы; при лечении кортикоидами иногда маниакально-экспансивные состояния.

Гипертиреоз. Повышенная подвижность с боязливостью, возбудимость, эмоциональная лабильность; при тиреотоксических кризах — психозы с делириозной симптоматикой.

Гипотиреоз. Снижение влечений и уровня побуждений, медлительность; при неудачном или не состоявшемся замещении гипофункции щитовидной железы — снижение уровня личности и деменция.

Гипофизарная недостаточность. Апатико-абулический синдром с переходом в галлюцинаторное или делириозное состояние с психомоторным возбуждением.

Болезнь Кушинга. Снижение влечений (уровня побуждений), расстройства настроения, эмоциональная лабильность.

Нарушения паращитовидных желез. Астенический синдром, псевдопсихопатия, галлюцинаторно-параноидные или делириозные психозы.

Эндокринные заболевания, которые вызывают выраженное обезображивание (болезнь Кушинга, адипозо-генитальный синдром, гипопизарный нанизм или гипопизарная карликовость) являются причиной нередко возникающих психореактивных состояний, в основе которых лежат связанные с внешней измененностью проблемы самооценки.

Психотические расстройства после операций и вследствие интенсивной терапии (диализ и др.)

Сложность и технические усовершенствования в области оперативных вмешательств, особенно при трансплантации органов и в интенсивной медицине, обуславливают во все возрастающем масштабе медико-психологические ситуации риска: психореактивно-невротическая переработка с ведущим паническим синдромом, с прямым и косвенным влиянием на мозговые функции и сопутствующим или последующим психоорганическим синдромом, преходящими или длительными бредовыми и/или галлюцинаторными психозами с «эндогенным» отпечатком в их клиническом проявлении. Риск таких психиатрических осложнений после оперативного вмешательства и вследствие интенсивной терапии («интенсивно-медицинский стресс») очень высок и часто требует соответствующих психиатрических консультаций (см. с. 234).

Диагностические и терапевтические данные позволяют различать:

Острый психоорганический синдром. Возникает не только после операций на головном мозге, но также при оперативном вмешательстве в области кардиоваскулярной, желудочно-кишечной и урогенитальной систем. Причиной такого синдрома служат вторичные нарушения окислительной и, в особенности, метаболической функции мозга вследствие циркуляторных расстройств, снижения уровня калия, изменения электролитного состава крови, расстройства водного баланса, перенасыщения мозга метаболитами биогенных аминов и т. д., недостаточность мозгового кровообращения, эмболия, последствия наркоза, инфекционные поражения.

Страх и панические реакции — как психореактивный ответ на нарушение соматической интеграции вследствие оперативного вмешательства с тяжелой дезорганизацией поведения в форме психогенного сумеречного или делириозного нарушения сознания, двигательного возбуждения со стремлением к бегству или апатико-инфантильной регрессией поведения. Такие состояния особенно часто наблюдаются у пациентов с преходящими характеро-невротическими расстройствами при недостаточном «Я»-структурировании.

Операции, связанные с приживлением трансплантированных органов, неизбежно приводят к риску возникновения психологического приспособления к «чужому телу». На уровне психологической переработки такое вмешательство означает столкновение с реальной угрозой смерти, утратой соматического «Я», страх перед потрясением, связанным с операцией. Основные нарциссические потребности ставятся под сомнение и подсознательно переживаются как обида. Утяжеляющим фактором является интенсивная терапия с соответствующей сенсорно-социальной изоляцией (см. с. 26). Наблюдаются различные варианты неблагоприятной переработки стрессовой ситуации: реактивно-депрессивные срывы, возврат к детским стереотипам поведения с пассивностью и настойчивой зависимостью (регрессия), состояния отчужде-

ния (деперсонализация и дереализация), отрицание опасности с приподнято-экстатическим настроением и, в особенности, генерализованный синдром страха.

Высвобождение (провоцирование) функциональных («эндогенных») психозов. Они встречаются редко, протекают эпизодически и представляют большие трудности для разграничения с острым психоорганическим синдромом и шизофреноподобными и циклотимоподобными состояниями.

Терапия

При психоорганическом синдроме обязательно преимущественное лечение основного соматического заболевания. При психомоторном беспокойстве и возбуждении действительно применение подходящих седативных препаратов: бензодиазепинов, паральдегида, Distaneurin; при психотическом нарушении поведения — бутирофеноны (Haldol). В качестве профилактики острых панических стрессовых реакций целесообразно предоперативное медико-психотерапевтическое консультирование, проводящееся при взаимодействии хирурга и анестезиолога. При острых психореактивных кризах важна интенсивная поддерживающая психотерапия. Совершенствование эмоциональных установок терапевтического персонала должно проводиться в балет-группах (особенно в отделениях для диализа). Достижение седативного эффекта вполне возможно с помощью транквилизаторов. При затяжных медико-психологических кризах реконструирование личности проводится с помощью поведенческой психотерапии или локального психоаналитического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

Huber G.: Körperlich begründbare psychische Störungen bei Intoxikationen, Allgemein- und Stoffwechselstörungen, bei internen und dermatologischen Erkrankungen, Endokrinopathien, Generationsvorgängen, Vitaminmangel und Hirntumoren. In: Kisker K.P., H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. VI. Springer, Berlin 1988.

40 Психозы при беременности и в послеродовом периоде

Цель обучения

Знания о типичных психореактивных и психотических осложнениях во время беременности и в послеродовом периоде. Умение уменьшить нежелательные психологические аспекты беременности и раннего материнства с помощью соответствующих консультаций и кратковременного психотерапевтического лечения; определение показаний для клинической психиатрической терапии острых перинатальных психозов.

Психология беременности и послеродового периода

Предсказать, как перенесет женщина свою беременность, даже при ее полном психическом здоровье, в каждом случае трудно. С тревожной невротической реакцией воспринимается утренняя тошнота (Hyperemesis gravidarum), слюнотечение, изжога, повышенный аппетит. Подчеркнутая веселость и игривость являются проявлением

гиперкомпенсации. У некоторых женщин во время беременности проходят их невротические симптомы, например страх. Беременные нуждаются в чувстве безопасности, интеграции и самоуважении. Иногда возникает чувство удовлетворения от беременности, во время которой компенсируются ранее ущемленные потребности в зависимости и собственной полезности. У других женщин уже на первых этапах беременности возникает панический страх перед увечьем или смертью от родов. Часто наблюдаемое у незамужних матерей сознательное нежелание ребенка не зависит от тяжести протекания у них беременности. И, напротив, *подсознательный отказ от ребенка* и страх матери перед увечьем от родов могут быть серьезными причинами осложнений. *Идентификация с собственной матерью* определяет переживания беременной женщины.

После периода интроверсии в последние месяцы беременности и в период родов следует повторное построение духовного мира роженицы, проходящее через следующие ступени:

- идентификация с ребенком;
- постепенная реализация объектной связи с ребенком (объект как форма реализации инстинкта) в послеродовом периоде;
- освобождение от нарциссического единства первой послеродовой фазы, эмоциональное возрождение связей с окружающим миром.

Душевные расстройства во время беременности

Душевные расстройства во время беременности *встречаются редко*. Часто женщины с присущей им психической лабильностью во время беременности чувствуют себя хорошо. Эндогенные депрессии в начале беременности ослабевают, даже хронические шизофренические расстройства в большинстве случаев не оказывают отрицательного влияния на беременность и в этот период ослабевают. Депрессивные реакции возникают в начале беременности в большинстве случаев исчезают не позднее третьего или четвертого месяца беременности.

Внебрачная и нежелательная беременность играют значительную роль в возникновении реактивных психических расстройств. При тяжелых обстоятельствах внебрачная беременность может даже провоцировать шизофренические психозы. Примерно половина возникших во время беременности эндогенных психозов не имеет внутренней взаимосвязи с состоянием беременности. Если эндогенный психоз возникает во время беременности, он имеет неблагоприятный прогноз. Возникшие во время беременности депрессии, как правило, очень продолжительны. Шизофренические расстройства, появившиеся в этот период, быстро приводят к тяжелым личностным изменениям.

Душевные расстройства в послеродовом периоде

В связи с тем, что соматические и психические процессы во время беременности и родов тесно переплетены, можно говорить об особенностях *«позерпального стиля»*. Это связано в меньшей степени с психопатологией, а в большей — с психодинамическим развитием, содержание которого в общем характеризуется благоприятным течением.

Почти в половине случаев послеродовых психозов диагностируется шизофрения, в четверти — депрессивные и в четверти — смешанные психозы (R. Gaupp, 1926). Это

психозы, симптоматика которых представляет сплав разнообразных психотических состояний шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, органических расстройств). Другие авторы разделяют эти базирующиеся на соматических нарушениях состояния на психозы с преобладанием эндогенной симптоматики и психозы с преобладанием экзогенной симптоматики. В смешанных клинических картинах мы встречаемся не только с эндогенной симптоматикой, но и с транзиторным характером клинической картины. Клиническая симптоматика у этих пациенток представляется как делириозно-аментивная со сновидной спутанностью, ложными узнаваниями, галлюцинациями, двигательным беспокойством. Эти состояния отграничиваются от гипокINETических состояний, характеризующихся ступором и мутизмом.

Общая симптоматология

Аффективность. Страх смерти, боязливое беспокойство, внутренняя растерянность, замешательство, возбужденное, приподнятое, радостно-беззаботное или раздражительное возбуждение с агрессивными проявлениями по отношению к ребенку, супругу или матери.

Инстинктивное (основанное на побуждениях) поведение. Крайняя агрессивность или инфантильное поведение с повышенной потребностью в защите и нежности, чертами регрессивного поведения, нарциссическими установками; нередко возникает внезапный переход к сильному двигательному возбуждению или ступору.

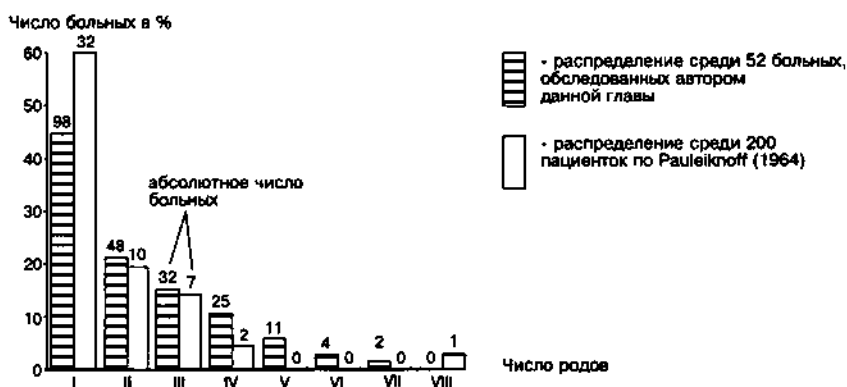


Рис 2. Частота послеродовых психозов в % к первым, вторым, третьим и пр. родам

Содержание мышления. Пониженная самооценка или мысли о своей несостоятельности, виновности или греховности, включающие оценки, касающиеся мужа, ребенка и собственной персоны и связанные с параноидной переработкой чувства вины и ипохондрической бредовой симптоматикой; ревность или по-бредовому усиленная забота и беспокойство о состоянии ребенка и мужа; внезапно возникающие идеи величия с экзальтическим настроением, связанные с воздействием извне переживания, бредовые восприятия и галлюцинации.

Манифестация. Специальные знания психологии и психодинамики беременности и послеродового периода делают понятным то значение, которое имеют в качестве предрасполагающих факторов для материнства и раннего развития ребенка личностно-структуральные и психосоциальные (крах брака и семьи) события. Поэтому

не удивительно, что особенно часто психические расстройства возникают после первых родов (см. рис. 2).

При исследовании *временной зависимости возникновения послеродовых психозов от момента родов* определяются три пика пика заболевания непосредственно после родов в течение от 4 до 10 дней (см. рис. 3).

Клинические формы шизофрении, депрессии и смешанных психозов распределяются независимо от названных сроков. Другие исследователи отмечают, что увеличение частоты депрессивных психозов на 10-й день после родов является особенно значимым для выявления послеродовых психозов, основным признаком которых в этот период является отсутствие «материнского инстинкта», вопреки тому, что в этот день обычно женщины выписываются из родильного дома, имея все необходимые навыки для ухода за ребенком и испытывая при этом соответствующие чувства. (При соответственно более коротком пребывании рожениц в родильном доме и, как это принято в настоящее время, выписке на 5–6-й день следует ожидать, что проблематика проявления послеродовых расстройств будет соответствующим образом откладываться.)

После возвращения в домашнюю и семейную среду роженица внезапно сталкивается с проблемой конфронтации между ее ролью хозяйки дома и молодой матери, а также между ее связью с ребенком и наиболее близкими членами семьи. Именно физиологическими эмоциями, возникшими в первые дни после родов («стресс освобождения», «стресс разгрузки»), можно объяснить психозы первых трех дней пос-

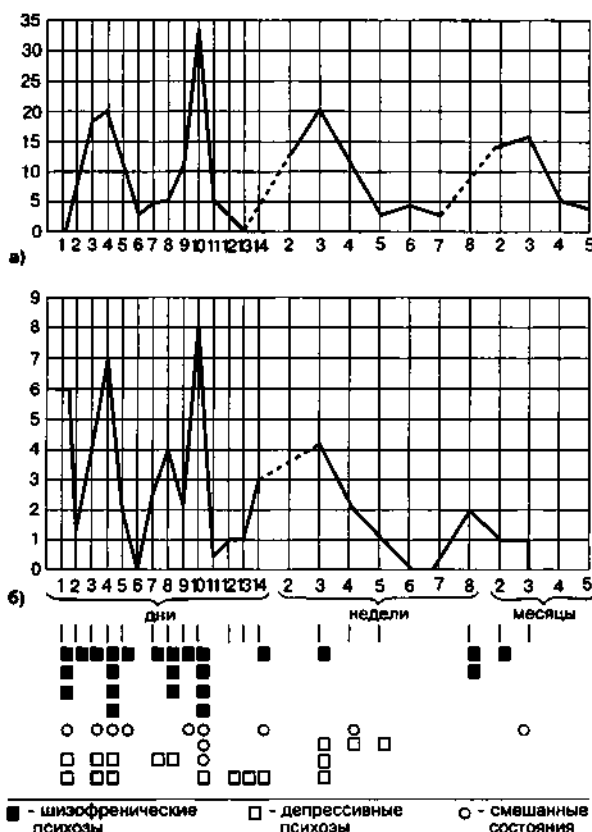


Рис. 3. Сроки и частота послеродовых психозов в днях, неделях и месяцах после родов

а) Графические данные по Pauleikhoff (1964) (200 больных послеродовыми психозами)

б) Сравнительное распределение больных, обследованных автором (52 больных)

ле родов. 3-й и 4-й дни после родов, когда у роженицы внезапно появляется молоко, ставит перед матерью реальную задачу материнства, а именно задачу кормления. Представляется, что у большинства женщин с послеродовыми психозами разрушается связь с новорожденным ребенком, и неудивительно, что именно в эти дни часто возникают послеродовые психозы.

Психодинамика

Среди больных послеродовыми психозами отчетливо выражено преобладание психически незрелых женщин. У больных с шизофренической симптоматикой в преморбиде преобладают сенситивные, замкнутые (со слабостью контактов), интравертированные, нарциссические и тормозные личности. Часто встречающийся инфантилизм может быть объяснен недостаточной идентификацией юных рожениц с собственной женственностью.

Связь с собственной матерью. В единичных случаях разрушаются связи с матерью, касающиеся даже раннего детства. Часто такие связи представляются либо конфликтным и амбивалентным поведением по отношению к матери, либо односторонней привязанностью к ней. Страх смерти, связанный с родами, как бы является последней каплей, переполняющей резервуар, вследствие чего чувство вины или вытесненная агрессия против матери реактуализируются.

Желательность беременности. Выше уже высказывалось предположение, что женщины с послеродовым психозом часто упорно отказываются от беременности и семейных связей. Многие даже игнорируют беременность, оставаясь на протяжении всего срока веселыми и беззаботными. Часто беременность, которая протекает без каких-либо событий, связанных с нарушением самочувствия, и сопровождается веселым, радостным настроением, приводит к ненормальным реакциям и психозам в послеродовом периоде.

Брак. Тема брачных *партнерских взаимоотношений* высказывается примерно 2/3 больных послеродовыми психозами. Часто встречается агрессивная, негативная позиция в отношении супруга. Здесь может идти речь о попытке рожениц скрыть свою собственную несостоятельность и возложить ответственность за происходящее на супруга. Антипатия к мужу как к первопричине рождения ребенка может быть также выражением нарциссической обиды.

Связь с ребенком. Почти во всех случаях связь юной матери с ребенком при послеродовых психозах нарушена. Это во всех без исключения случаях основано на подсознательном отказе от ребенка. В случаях выраженного психотического возбуждения встречаются случаи открытой агрессии против ребенка. У некоторых женщин с послеродовым психозом на первом плане обнаруживается отсутствие интереса к ребенку. Нередко наблюдается защита против агрессии в форме навязчивых мыслей или чрезмерной заботливости. Ребенок является персонажем бредовой тематики.

Прогноз

До последнего времени существовало и поддерживалось мнение о благоприятном прогнозе послеродовых психозов. Новые исследования, однако, показали, что около половины всех перенесших послеродовые психозы заболевают вновь. У 1/4 больных рецидив болезни возникает на поздних стадиях послеродового периода. Благоприятным представляется прогноз при острых аментивно-делириозных и кататонических состояниях.

Терапия

В принципе, применяется такая же терапия, как и при лечении шизофрении, за исключением чисто депрессивных или (редко) маниакальных психозов. В качестве фармакологических препаратов при депрессиях рекомендуются тимолептики типа амитриптилина, при ступорозных и кататонических состояниях — галоперидол, при фебрильной кататонии, встречающейся очень редко, рекомендуется электроконвульсивная терапия в состоянии кратковременного релаксивного наркоза. Срезовая терапия («rooming in») — помещение матери в послеродовом периоде в одной комнате с ребенком и отказ от обычного разделения на больничную палату и комнату для ухода за новорожденными. Индивидуальная психотерапия с включением в психотерапевтическое собеседование мужа, а также членов семьи, в особенности матери роженицы (семейная психотерапия).

ЛИТЕРАТУРА

Gödtel R.: Seelische Störungen im Wochenbett. Fischer, Stuttgart 1979.

Krüger H.: Zur Psychodynamik der Gestationspsychosen. Z. Psychoter. med. Psychol. 15 (1965) 230.

Pauleikhoff B.: Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Enke, Stuttgart 1964.

41 Психические расстройства при эпилепсии — эпилепсия как психическое расстройство

Цель обучения

Знания о связанных с эпилепсией психопатологических синдромах, а также о личностных особенностях и психодинамике больных эпилепсией. Основные представления о медикаментозных, психотерапевтических и социально-реабилитационных возможностях лечения эпилепсии.

Классификация

МКБ-9: 293.0, 294.1, 294.8, 310.1, 345.1

DSM III: 293.81, 294.10, 293.82, 310.10, 345.1

Обслуживание больных эпилепсией в настоящее время, благодаря введению в медицинскую практику электроэнцефалографии, перешло в компетенцию нейроэпилептологов. Стойкий трагический эффект, который производит припадок, является основным источником медицинского внимания, тогда как психологические особенности эпилептиков, хотя и являются сопровождающей канвой, но в свете современных исследований должны быть расширены и усилены. Психиатры, осуществляя консультирование больных со своей точки зрения, представляют дифференциальные психологические и психодинамические соображения и рекомендуют применение эмансипированной терапии, которая не вызывает зависимости.

Классификация эпилептических припадков

Международный перечень пароксизмальных синдромов разделяет их на три группы.

Простые фокальные (парциальные) припадки начинаются локально с дифференцированных клинических или электроэнцефалографических симптомов без утраты

сознания. Различают моторные симптомы (включая джексоновские припадки), специфические сенсорные или сенсомоторные симптомы (элементарные галлюцинации: осязательные, фотопсии, акозмы), вегетативные симптомы (рвота, недержание кала и мочи, бледность, покраснение, потение) или редко встречающиеся психические симптомы — дисфазические, дисмнестические, когнитивные и аффективные (очень редко).

От этих простых (парциальных) припадков отличаются *сложные фокальные припадки*, при которых одновременно с началом припадка или спустя короткое время после его начала нарушается сознание. Сюда относятся психомоторные припадки с различными когнитивными, аффективными, психосенсорными или моторными (автоматизмы) проявлениями. От них отграничивают припадки с *фокальным началом* и последующей генерализацией (вторичная генерализация).

Генерализованные, или начинающиеся симметрично с обеих сторон без фокального начала, **припадки** проявляются в форме генерализованных по данным ЭЭГ абсансов (Petit mal), миоклонических приступов (включая импульсивные малые припадки, Impulsiv-Petit mal), детских судорог (BNS-Krampfe), клонических, тонических, тонико-клонических (Grand mal), атонических и акинетических припадков.

Эти три группы включают и данные о припадках, не перечисленных выше (более подробные сведения можно получить в руководствах по неврологии и эпилептологии).

Эпидемиология

Частота эпилептических состояний составляет от 0,2 до 0,6 % (в ФРГ 120 000—360 000 человек); ожидаемая вероятность возникновения заболевания во всех слоях населения лежит в диапазоне 0,4—0,6 %. Около 1/3 всех больных эпилепсией обнаруживают, согласно современной оценке, психические расстройства, требующие соответствующего лечения.

Этиология

Различают *генуинную* (эндогенную) и *симптоматическую* эпилепсию. При генуинных припадках не находят доказуемых, связанных с первичным поражением мозга, пусковых механизмов. Для возникновения высокой степени судорожной готовности и самого припадка необходимы предрасполагающие факторы.

Симптоматической называется эпилепсия, первая манифестация которой находится во временной взаимосвязи с повреждением мозга. Более половины заболеваний эпилепсией имеют симптоматические причины. Риск заболевания эпилепсией у детей, один из родителей которых страдает этим заболеванием, составляет от 2 до 8 %, т. е. в 10 раз выше, чем в среднем в населении. Риск заболеть генуинной эпилепсией у однояйцевых близнецов при заболевании одного из них в пять раз выше, чем у разнородных. Если в семье имеется ребенок, страдающий эпилепсией, риск заболеть этим заболеванием у последующих детей составляет от 5 до 15 %.

Личность больных эпилепсией

Психический облик больных эпилепсией отличается многообразием и индивидуальным реагированием на припадки. Когда речь идет о попытках определить чувства и психотические переживания больных с припадками при неразрешимых конфликтах с целью назначить соответствующее лечение, то мы приходим к выводу, что в основе этих переживаний лежит психическая и социальная проблематика. Эти переживания

не имеют какого-либо специфического личностного выражения. Психические особенности, которые раньше рассматривались как типично эпилептические, встречаются также у других людей и пациентов с другой психопатологической структурой.

Единичные припадки, имеющие лишь относительное отношение к эпилепсии и являющиеся следствием органического поражения центральной нервной системы, являются только внешним проявлением органического поражения головного мозга. Они отличаются от идиопатической эпилепсии как функционального нервно-психического заболевания, которое рассматривается как вариант поведения, имеющего истоки в агрессивных импульсах. Обращают на себя внимание возникающее иногда у больных височной эпилепсией (Gibbs, Gibbs und Lennox, 1937), а также у эпилептиков, страдающих ночными припадками (G. Magnusson, 1936), *заострение преморбидных личностных черт*, которые во взаимоотношениях проявляют себя как навязчиво-ограниченные, настойчивые, требовательные, упрямо-прилипчивые и которым свойственны характерологические особенности эпилептоидных психопатов в форме приставучести, лстивости, бестактной доверительности, слащавости, лицемерности, обстоятельности, педантизма, эгоцентризма. В противоположность этому мягче и менее закономерно выявляются варианты поведения при эпилепсии пробуждения. Эти особенности поведения в экстремальных вариантах отличаются детской экстравертированностью, повышенной внушаемостью, неуравновешенностью, высоким самомнением и конфликтностью.

Оба варианта в их различных проявлениях с психодинамической точки зрения служат в качестве *защитной стратегии* для противостояния направленным на самого пациента или вовне разрушительным импульсам (эпилептическая ярость) для сохранения самооценки и целостности личности. При благожелательном отношении к пациенту, адекватной и своевременной помощи ему можно избежать легко возникающей во время беседы с эпилептиками агрессии. В развитии личности эпилептиков важную роль играет то, как семья и социальное окружение реагируют на их пароксизмальные состояния. Выбор противоэпилептических препаратов и их дозировка зависят от оценки изменений психики и интеллектуальной подвижности.

Расстройства настроения

Больные эпилепсией легкоранимы, и у них возникает, особенно после или перед припадками, своеобразная конфликтная переработка происходящего с боязливой обеспокоенностью, злобной раздражительностью или мрачным снижением настроения. К этому могут присоединяться суицидальные мысли, что требует особого внимания. Преобладающее число больных при этом отрицают суицидальные намерения, хотя в дальнейшем предпринимают суицидальные попытки. Риск умереть от самоубийства у больных эпилепсией в *пять раз выше*, чем в населении в целом. При выборе суицидальных методов вследствие аутодеструктивных импульсов часто применяются особенно жестокие и необычные способы. Будучи напуганными своими саморазрушительными и враждебными импульсами насилия, эпилептики пребывают в *раздражительном настроении*. Это состояние, как и депрессивная окраска настроения, может быть прервано припадком.

Терапия. Амбулаторное психотерапевтическое обслуживание, оказание помощи применением антидепрессантов или седативных средств; при агрессивной враждебности или угрозе опасности для самих больных — клиническое лечение.

Участие влечений

в самопровоцировании эпилептических припадков

Психическое значение самопровоцирования эпилептических припадков у больных, не принимающих антиконвульсантов, находящихся в ситуации невозможности предотвратить провоцирующие воздействия или воздействия сенсорной стимуляции, еще недостаточно выяснено. К особым случаям относятся случайно приобретенный пациентами опыт провоцирующего припадки воздействия сверкающего или мелькающего света, например, при вертикальной нестабильности телевизионного кадра, мелькающего или вспыхивающего света на дискотеках, рассеянных солнечных бликов, а также прослушивания определенной музыки, определенных прикосновений или движений, а иногда даже воспоминаний о припадке или мысленного представления припадка. Эти переживания сильно аффективно окрашены и сопровождаются чувством таинственности и стыда. Предлагаются две модели объяснения этих состояний. Инстинктивная потребность повторения насилия и противостояние всем попыткам уменьшить самопровоцирование приводит к предположению об участии расстройств влечения в механизмах эпилепсии — «влечение к припадкам». С психоаналитической точки зрения сладострастное самопровоцирование означает *сексуальное эрзац-действие*. Припадок соответствует *коитусу* (Freud).

Раскрывающая психотерапия, в случаях когда пациенты к этому готовы, приносит успех.

Психозы при эпилепсии

При таких **пароксизмальных** или **приступообразных сумеречных состояниях**, как *статус малых припадков* (Petit-mal-Status), *статус психомоторных припадков* (Status psychomotorisches Anfälle) или *затяжная аура* (Aura continua), сопровождающих непрерывные или часто повторяющиеся эпилептические припадки, сознание и ориентировка не восстанавливаются. Фрагментарный вариант такого состояния можно встретить при каждом варианте припадков. Психопатологически наблюдают обнubilацию с сонливостью, персеверации, частичную амнезию и иногда — психотические состояния. На ЭЭГ такие состояния сопровождаются специфическими эпилептическими потенциалами.

Терапия. Под ЭЭГ-контролем вводится внутривенно 10–20 мг диазепама или 2 мг клоназепама медленно. **Внимание:** возможно подавление дыхания (следует держать наготове дыхательный мешок!) и падение кровяного давления. Рекомендуются направление в стационар и подбор антиконвульсантов под контролем их содержания в плазме, а также ЭЭГ-контроль каждые 24 часа с учетом возможности рецидива.

Постприступные сумеречные состояния связаны с припадками и чаще всего встречаются после серии больших припадков или эпилептического статуса (Grand-mal-Status), редко — перед или между припадками или во время спонтанно наступившего интервала между приступами. Психопатологически констатируется симптоматика *острого органического психосиндрома* (см. с. 260), который проявляется в форме сонливого помрачения сознания, нарушения ориентировки, спутанности, галлюцинаций и бредового состояния. Сумеречное состояние редко длится более нескольких часов.

На ЭЭГ наблюдаются средне или сильно выраженные диффузные изменения, иногда комплексы спайк-волна, спайки или периоды дисритмии.

Терапия. Проводится в клинических условиях; обслуживающий персонал должен быть исключительно внимательным, чтобы предотвратить ошибки в лечении. Применяются нейролептики с высоким потенциалом действия, например Halldol (галоперидол) или внутривенное введение диазепама. При «упорядоченном» сумеречном состоянии сознание остается ясным, но суженным таким образом, что осмысление и оценка собственных действий нарушены; после него наблюдается частичное или полное забвение этого состояния. Такие состояния очень редки и находят свое объяснение в рамках судебной психиатрии.

Галлюцинаторно-параноидные (шизофреноподобные) эпилептические психозы (альтернативные психозы). В противоположность пароксизмальным и постпароксизмальным эпилептическим психозам (сумеречным состояниям), при описываемых психозах сознание не нарушено. Иногда даже может наблюдаться «сверхбодствование». В клинической картине встречаются все психопатологические феномены, свойственные шизофрении. Чаше, чем гебефренные, встречаются галлюцинаторно-параноидные состояния, реже кататонические (см. с. 365). Аффективность этих пациентов отличается от таковой при шизофрении более теплыми межличностными связями и меньшей потребностью в дистанцировании от окружающих.

Имеются данные о том, что при этих психозах происходит «форсированная нормализация» ЭЭГ, что проявляется как в относительном улучшении электроэнцефалографических показателей, так и (редко) в полной ее нормализации. Малые и большие припадки становятся редкими или полностью исчезают. Эти наблюдения приводят к предположению о наличии антогонизма между эпилептической манифестацией и психотическими переживаниями. В этой связи такие психозы называются альтернативными.

Терапия. Заключается в «маневрировании между Сциллой припадков и Харибдой психоза». Редуцирование приема антиэпилептических препаратов и назначение нейролептиков в соответствии с психопатологическим состоянием может привести к рецидиву припадков, что в большинстве случаев свидетельствует об окончании психоза.

Шизофренические, маниакально-депрессивные или депрессивные психотические эпизоды наступают в межприступном интервале. В клиническом проявлении они не отличаются от таковых у пациентов без эпилепсии.

Хронические шизофренические психозы у больных эпилепсией возникают немного чаще, чем это соответствует статистической выявляемости шизофрении в населении (0,64 %). Большинство пациентов страдают этими психозами в течение десятилетий. Чаше всего встречаются параноидные формы с постепенным (недраматическим) началом. Хроническое течение наблюдается почти в половине случаев. Синдромологические различия между пациентами с эпилепсией и без нее неизвестны (см. с. 373).

Эпилептическая деменция является хроническим психоорганическим синдромом (см. с. 263), возникающим вследствие повреждения мозга от самих припадков и от травм, с ними связанных. Она сопровождается значительной интеллектуальной несостоятельностью и заострением специфических (*enechetisches oder Haftsyndrom*, см. с. 280) личностных черт. Следует проводить дифференциацию с нарушениями психики и психической подвижности вследствие применения антиконвульсантов, и в особенности барбитуратов, которые могут «симулировать» эпилептическую деменцию.

Психодинамическое понимание эпилепсии

С психодинамической точки зрения припадок является внешним выражением регрессивных, аутодеструктивных импульсов. Источником такого импульса является неспособность эпилептиков адекватным образом допускать проявление агрессивных эмоций. Агрессивные инстинкты разряжаются путем привлечения поведенческого архетипа в форме припадка. В качестве предрасположения подразумевается эпилептическое состояние как характерный путь для освобождения от агрессии. Предполагается мультифакторная наследственная предрасположенность.

В основе *идиопатической эпилепсии* как функционального неврологически-психотического расстройства лежит *недостаточное и неполное развитие «Я»*. Независимость ребенка от первичных объектов привязанности — матери и отца — не реализуется. Симбиотическое слияние (нормальный преходящий процесс, свойственный раннему детскому развитию) остается значительно выраженным. К нарастающим и упорным предрассудкам детства (первичный нарциссизм) в форме таких овладевающих сознанием переживаний, как чувство собственной силы и фантазии о своем всемогуществе, а также отсутствию способности четкого разграничения реальности и фантазии присоединяется потребность уменьшить агрессивность от страха перед неизбежной утратой объектов привязанности.

В результате вырабатывается схема поведения и симптоматология, подчиняющиеся принципу «все или ничего» или «всесилие—бессилие», высшая «метафизическая цель» которых — абсолютная непогрешимость собственных претензий.

Что происходит с больными эпилепсией?

Обида, социальная несправедливость или отказ от выполнения желаний может восприниматься как острая ситуативная угроза собственному существованию. Припадок есть ответ на такую угрозу, дающий возможность эпилептику вновь овладеть ситуацией: ведь благодаря припадку снимаются все требования и пренебрежительные оценки по отношению к пациенту и он как бы возмещает нанесенный ему ущерб. Сила конвульсий и бессилие в их период рассматривается как подтверждение собственного могущества. Другие возможности возникновения симптомов, направленных на реализацию личного всемогущества, находят свое клиническое выражение в приступах деструктивной ярости, приводящих иногда к разрушительным действиям в форме «мифологизации „Я“» в период альтернативных психозов или в проективном отражении защиты в параноидной симптоматике. Разрешение проблемы подтверждения всемогущества находится в поведенческих архетипах. Припадок, как наиболее частое проявление такого поведения, является *воплощением судорожной борьбы за собственную целостность*. Он является подтверждением метафизического принципа собственной значимости. Эпилепсия, как форма проявления влечения в виде припадков, является господством личности, ставшей жертвой своей «разрушительной стратегии» переживания.

Эмансипированное лечение больных эпилепсией

Психотерапия. Больные эпилепсией нуждаются в оптимальном подборе антиконвульсантов и в консультациях, касающихся актуальных конфликтов и образа жизни пациентов. Часто психотерапевтическое лечение является необходимым. Для этого

применяются различные варианты разъяснительной, семейной, групповой и аналитической психотерапии. Кроме того, организуются группы самопомощи больных.

Целью всех терапевтических усилий является помощь больным в обретении устойчивого образа жизни. Помощь в переработке особенностей эпилептической конфликт-динамики, которая приводит к разрешению конфликтов и подавлению припадков, а также индивидуальное профессионально-социальное становление личности становятся основной задачей терапии.

Относительно благоприятные предпосылки для эффективного лечения создаются при достижении с помощью медикаментов отчетливого редуцирования или исчезновения припадков и разрешении основных психологических проблем. Особенность лечения больных эпилепсией состоит в том, что чем дольше продолжаются припадки, тем меньше способность больного к самооценке и тем меньше он считает себя больным. С другой стороны, припадки переживаются окружающими как драматическое событие. При наличии мотивации может быть успешным глубиннопсихологическое лечение. Правда, проведенные исследования показывают, что продолжение терапии может быть опасным, если вместо припадков больной осознанно переживает страх или агрессивные импульсы. Психотерапия поддерживается до тех пор, пока не преодолевается терапевтическая резистентность, уменьшается частота припадков и дозировка антиконвульсантов и в благоприятных случаях не достигается излечение от припадков без применения медикаментов.

Социальная терапия. Психические расстройства и, в меньшей степени, припадки являются причиной социальной и профессиональной дезинтеграции эпилептиков. Изоляция больного по месту работы может объясняться «ярлыком» припадков. При конфликтах с коллегами по работе значительную роль играет повышенная ранимость больных эпилепсией. Соответствующие разъяснения и посредничество осуществляются социальными работниками. Рабочее место эпилептика должно быть защищено в соответствии со специальным списком для лиц с профессиональными ограничениями вследствие эпилепсии, который изложен в разделе «Организация профессионального обучения инвалидов», предназначенном для федеральных учреждений трудового обучения (см. перечень профессий для инвалидов, страдающих эпилепсией).

Сильно выраженная психическая и интеллектуальная отсталость нуждается в ступенчатой реабилитации. Подготовленные в период трудовой терапии в стационаре к дальнейшей трудовой деятельности больные направляются в рабочие группы для профессиональной квалифицированной работы на производство или на свободные защищенные рабочие места в трудовые мастерские. Чем *позже вследствие болезни прерывается образовательный процесс*, снижается трудовой и социальный статус, тем больше возможностей для *профилактического*, снижающего возможность деградации, выбора профессии, соответствующего обучения с социально-психологическим *консультированием*, т. е. последующей реабилитации. Из числа проходящих реабилитацию больных эпилепсией лишь 3–4,5 % не поддаются реабилитационным мероприятиям. 23–37 % больных успешно включаются в реабилитационные мероприятия и занимают рабочие места через свободную биржу труда. У 5–30 % больных социальное снижение нельзя предотвратить (Schmidt, 1984). Подготовка больных эпилепсией к самостоятельному проживанию, например в специальных жилищных коллекти-

вах, общежитиях или в собственной квартире, как способ выхода из упорного симбиотического сожительства с родственниками, является важной составной частью эмансипированной, освобождающей от зависимости, терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Die Rehabilitation Behinderter. Deutscher Ärzteverlag, Köln 1984.
- Janz D.: Die Epilepsien. Thieme, Stuttgart 1969.
- Reynolds E.H., M.R. Trimble: Epilepsy and Psychiatry. Churchill Livingstone, Edinburgh 1981.
- Schmidt D.: Behandlung der Epilepsien. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 1984.
- Wolf P., G.-K. Köhler: Psychopathologische und pathogenetische Probleme psychotischer Syndrome bei Epilepsie. Huber, Bern 1980.

**42 О психическом и социальном состоянии
стареющих людей (геронтопсихиатрия)***Цели обучения*

Знание биологических, психологических и социальных условий, при которых лица преклонного возраста остаются здоровыми или становятся больными; знание основных теорий старения; знание частоты и характера психических расстройств в старости, задач и содержания геронтопсихологии и патогенных конфликтных ситуаций, характерных для старости.

Введение

Геронтопсихиатрия охватывает нозологию, диагностику, терапию и профилактику психических заболеваний, которые сопровождают старость или провоцируются процессами старения и, в частности, связаны со своими соматическими, психическими и социальными причинами, условиями развития и последствиями.

Встает вопрос, что такое старение, какие факторы в основном определяют процессы старения, которые колеблются от «нормальных» проявлений старости до старческих заболеваний. Старость сама по себе не является болезнью. Не все изменения, появляющиеся в старости, имеют признаки болезни. Старость как фаза жизни ни в коем случае не характеризуется общим распадом всех функций. Старые люди живут в настоящее время не только дольше, чем раньше, но они здоровее физически и психически, а также более работоспособны. Различия между хроническими заболеваниями старости, которые ранее рассматривались как выражение процессов старения, на которые невозможно влиять, и феноменами процессов старения в собственном смысле сегодня стали более очевидными. На основании длительных катам-

нестических исследований в настоящее время возможно охарактеризовать *нормальные процессы старения*.

В психиатрии старения физиологические процессы старения не являются темой для обсуждения, хотя они постоянно остаются в поле зрения, так как по мере углубления старости закономерно наступающие органические и психические изменения протекают параллельно болезненным феноменам. Дефиниция *возрастной нормы* связана с трудностями, но в качестве рабочей модели может рассматриваться только средняя оценка состояния группы лиц одного возраста.

Старение совсем не обязательно способствует проявлению определенных психических заболеваний. Для этого жизненного периода характерны повышенная восприимчивость к различного рода повреждающим факторам и тенденция к развитию разнообразных болезненных состояний (*повышенная хрупкость и множественность заболеваний*).

Наряду с большей восприимчивостью к соматогенным повреждениям заметную роль играет пониженная резистентность в отношении психических и социальных травмирующих факторов. Патогенные и ситуационно дестабилизирующие влияния приобретают повышенную способность воздействия. Повышенная хрупкость во многом кроется в структурах личности и ее опыте, приобретенном в различные периоды жизни до наступления старости. В формировании старости решающую роль играют характер и образ жизни, который человек вел на протяжении жизни.

Теории процесса старения

Содержание теорий старения составляют вопросы о причинах и закономерностях этого процесса, поиски объяснения тех проявлений, которые наблюдаются в этом периоде, и возможности их прогнозирования. При этом исходят из биологических, медицинских, психологических и социологических положений. Многоплановость процесса старения не позволила до настоящего времени создать единую всеобъемлющую теорию, которая была бы способна научно обоснованно представить все аспекты этого процесса во всем его объеме. Каждая попытка объяснения в лучшем случае приближает нас к частичному пониманию отдельных аспектов и феноменов.

Биологические теории выдвигают на первый план сомато-медицинские аспекты старения. Они анализируют возрастные изменения на уровнях генетически запрограммированного старения отдельных клеток, групп клеток, относящихся к отдельным органам. Они не придают серьезного значения постоянному взаимодействию генетического потенциала с факторами окружающей среды. Это взаимодействие рассматривается подробно такими теориями, как теория соматической мутации, теория старения вследствие повреждения восстановительных механизмов в ДНК (теория ошибок) или процессов, связанных с нарушением обмена веществ. Если теории, направленные на изучение изменений на клеточном уровне, считают процессы старения клеток определяющими, то другие теории придают первостепенное значение изменениям на уровне органов, ограниченных систем органов (например, в системе кровообращения, в функции щитовидной железы, гипофиза, ЦНС) и рассматривают их как процессы, ответственные за окончание жизни. В различной степени придается значение дисфункции регулирующих систем вне отдельных органов в процессе старения. Детали этих односторонних теорий, построенных на естественно-научных предпосылках, и их критика составляют предмет *общей геронтологии*.

Психологические теории старения направлены не столько на биологические процессы, объясняющие причины, сколько на обоснование этих причин. Они обсуждают психические аспекты старения, изменения в поведении и переживаниях и их связь с

сомато-психо-социальными факторами, с которыми связан старый, и особенно старый больной, человек. Всем, более или менее, свойственны претензии на лечение и внимание к себе. Стареющий человек должен быть лучше понят, получить более адекватную помощь, возникновение и осмысление его жалоб нуждается в более эффективной профилактике.

Дефицитарная модель представляет старение как процесс потери и распада эмоциональных и интеллектуальных способностей. Затруднение приспособляемости, приверженность к старому, утрата активности, снижение реакции на обращенную речь характеризуют старого человека. Путь к дефекту необратим. На дефицитарную теорию и эмпирические наблюдения, на которые она опирается, направлена, между тем, многоплановая критика как по существу, так и относительно методологии психологической теории. Вытекающий из этой теории *негативный старческий стереотип* не может быть признан научно подтвержденным. В современном обществе до сих пор широко распространена определенная установка в отношении старых людей. Стареющие идентифицируются со снижением активности, ограничением социальной компетенции и нуждаемости в посторонней помощи. Стареющему человеку присваивается образ лишнего, обременительного члена общества.

Автопортрет — портрет

Для самочувствия старого человека существенным составным компонентом является *автопортрет*, или *автоконцепция*. Она является результатом информации, полученной самостоятельно в течение жизни в процессе социальных взаимоотношений. Потеря в старости своей прежней роли и дискриминирующие предубеждения окружающих ставят под сомнение социальную идентификацию автоконцепции. Далеко не каждому удается стабилизировать свой автопортрет путем развития группового сознания в субкультуре сверстников, объединенных сходной деятельностью или особенностями поведения. Человек не настолько стар, как он себя чувствует, а настолько, как его воспринимают окружающие. Исследования, направленные на сравнение автопортрета с портретом, показали, что подобные оценки, даже если они малоправдоподобны и сильно фальсифицированы идеологически, не остаются без последствий для фактического самочувствия и поведения стигматизированного человека. Автопортрет варьирует в зависимости от пола, социально-экономического положения, материальных трудностей в старости, но также и от степени «субъективного чувства здоровья», которое отнюдь не всегда соответствует объективному состоянию здоровья.

Когда под влиянием отрицательных социальных образцов *портрет* человека искажается, *защитные механизмы личности усиливаются*. Такое изменение автоконцепции и связанное с ней возникновение новой модели поведения вполне возможно. В результате формируются старческие образы, которые колеблются между полюсами «зрелый» и «нарушенный» и различаются по характеру защитных механизмов, степени конфликтных тенденций и интеграции автопортрета.

Окружающие не позволяют стареющему человеку забывать о своем возрасте. Укоренившееся предубеждение, будто старость — это неизбежный упадок и утраты, естественно уменьшает шансы новой ориентировки, соответствующей этому периоду жизни и открытию новых источников опыта, которые могут способствовать обретению новой роли в обществе и связанным с ней соответствующим самосознанием. Дефицитарная модель отчетливо отражается на соответствующем культурном уровне отношении к стареющему согражданину. Наряду с культурами, в которых социальное положение старого человека определяется его обесцениванием, есть и такие, в которых старый человек пользуется уважением как носитель опыта, знаний и традиций.

С научных позиций дефицитарная модель уже потому является сомнительной, что эмпирико-статистические результаты, высказывания населения о старении хорошо ли, плохо ли создали базис для общепринятых представлений, но отнюдь не для построения определенной теории. В своей тривиальной форме дефицитарная модель определяет отношение общества к старому человеку. Одного взгляда на жизненное и социальное положение большей части людей преклонного возраста вокруг нас достаточно, чтобы сделать излишним приведение примеров.

Бесспорно, старость является *биологически детерминированным процессом*, который ориентирован на окончание жизненного пути. Этот глобальный закон, однако, не исключает того, что этот процесс во времени и особенно в своих проявлениях в различных системах органов зависит от индивидуальных, генетических свойств и влияний внешней среды. По-видимому, нельзя исключить того, что процесс старения сам по себе до определенных границ может быть приостановлен рядом факторов: питанием, образом жизни, тренировкой, а в будущем, быть может, смягчением старческого дефекта нейромедиаторами и генными манипуляциями.

Проблематично, останется ли в медицине, и в частности в психиатрии, в качестве определяющей биология дефицитарной модели. Она привела бы к ограничению развития государственной геронтологической помощи (возможностей лечения и ухода), к почти достойному поговорки *медицинскому «недообслуживанию»* старых людей. С другой стороны, последствиями этой модели являются терапевтическое поражение, потеря интереса и вследствие этого пренебрежение использованием всех возможностей оказания помощи. Кроме того, приравнивание старости к необратимому упадку приводит к своего рода *депатологизации болезненных нарушений, подлежащих и не подлежащих лечению* в этом периоде жизни. Так, например, болезненный характер депрессивных состояний более не распознается и не принимается всерьез, так как подавленность и особенности поведения, относящиеся к клинической картине депрессии, рассматриваются как черты, свойственные старости и, таким образом, не подлежащие лечению.

Дефицитарная модель находит поддержку в тех биологических моделях, которые рассматривают старость как износ, результат отложения продуктов распада, снижения уровня кальция, накопления коллагена, склероза и т. д. Она опирается на очень жесткое определение нормы.

Так, дефицитарная модель формирует представление о том, что дряхлость, болезни, утрата социальной роли, недомогания естественным образом являются признаками старости и, следовательно, не могут стать объектом терапевтических усилий, так как их не следует принимать в расчет. Такое представление упрощает сложность процессов старения и психиатрию старческого возраста совершенно недопустимым образом.

Сомнительность чисто дефектологической теории старости подчеркивается рядом других теорий старения, которые выдвигают на первый план пластичность, способность к изменениям, зависимость от внешних обстоятельств, противопоставляя их направленности к конечному исходу, предопределенному судьбой. Эти теории подчеркивают также возможность значительной динамики, метаморфоз, изменений в состоянии старых людей.

Частота психических расстройств в старости

Приводимые ниже сведения должны показать объем и значение геронтопсихиатрических проблем. В течение последнего столетия (1880–1980) *средняя ожидаемая про-*

должительность жизни существенно выросла: у мужчин с 40,56 до 70,18 лет; у женщин с 43,97 до 76,85 лет. Основания этого процесса следует усматривать в постоянном улучшении в течение этого времени условий жизни и медицинской помощи. В соответствии с этим постоянно увеличивается количество старых людей. Абсолютное число людей в возрасте старше 65 лет увеличилось в ФРГ с 1950 по 1980 гг. с 4,8 до 9,5 млн. Их доля в общей численности населения выросла с 9,4 до 15,5 %. Почти 1/3 этой возрастной группы приходится на лиц старше 75 лет.

Старые люди потребляют сверхпропорционально большую долю объема помощи здравоохранения: 40 % консультаций у врачей больничных касс, 45 % больничных коек. Такое положение зависит от роста хронических заболеваний, требующих в этом возрасте повторных мероприятий со стороны служб здравоохранения. 25–30 % лиц в возрасте старше 65 лет относятся в психиатрическом аспекте к группе риска. 10 % лиц старше 65 лет нуждаются в постороннем уходе, 7 % нуждаются в специализированной психиатрической помощи, 4 % госпитализируются. Число госпитализируемых старых людей увеличивается как в процентном отношении, так и в абсолютных цифрах. Показатель уровня госпитализации лиц в возрасте старше 60 лет за последние 40 лет удвоился. Более 50 % госпитализаций приходится на лиц преклонного возраста, которые занимают 20 % больничных коек, хотя они составляют только 15 % от общей численности населения. Основу такого положения можно усмотреть в более высокой предрасположенности и более высокой заболеваемости психическими заболеваниями на этой возрастной ступени. Заболеваемость увеличивается по мере старения населения в изменяющейся структуре индустриального общества, которая вытесняет старых людей из их социальных ниш. Обсуждается вопрос о том, что улучшение амбулаторной психиатрической помощи более молодым больным приводит к пренебрежению потребностями старых пациентов в амбулаторных условиях и тем самым способствует учащению их госпитализации. Истинный рост психических заболеваний в старости, т. е. увеличение шансов каждого отдельного человека заболеть в старости психическим заболеванием, все же можно отрицать.

Выборочные исследования указывают на следующее распределение психических заболеваний: от 1/4 до 1/3 людей в возрасте старше 65 лет страдают этими расстройствами; из них у 1/7 речь идет о тяжелых органических деструктивных синдромах и слабоумии, у такого же числа больных выявляются эндогенные психозы; 1/3 этой возрастной группы страдают более легкими органическими поражениями головного мозга, а половина престарелых этого возраста страдают неврозами и нарушениями поведения, обусловленными тяжелыми переживаниями и перегрузками. В различных эмпирических исследованиях указанные цифры колеблются в широком диапазоне, а общепринятых данных о частоте заболеваний не существует. Вопреки распространенному мнению, психические заболевания отнюдь не являются в своем большинстве следствием тяжелых деструктивных процессов в головном мозге. Почти половина тяжелых заболеваний объясняется функциональными расстройствами головного мозга. Психические заболевания, соответствующие тем, которые наблюдаются в более молодом возрасте или развиваются из них, составляют большую часть симптомов у больных преклонного возраста.

Самостоятельность геронтопсихиатрии?

Не только объем и значение психической проблематики старения определяют выделение геронтопсихиатрии в самостоятельную дисциплину. Участие сомато-биологи-

ческих, физических и социальных причин и влияний в этиологии и патогенезе вызывают у старых людей типичные изменения структуры личности и закономерности поведения, которым должна соответствовать дифференциальная диагностика и адекватная терапия. В то время как узкая специализация медицинских дисциплин раннего детского возраста в настоящее время не подвергается более сомнению, привилегии специализированной дисциплины для пациентов преклонного возраста еще только предстоит создать. Именно в психиатрии, которая в течение длительного времени руководствовалась дефицитарной моделью старения, стариков лечили «попутно» и, соответственно, предпочитали содержать их в терапевтических стационарах. Развитие собственных гериатрических и геронто-психиатрических лечебных отделений в стационарных, амбулаторных и пограничных учреждениях признано необходимым.¹ Однако всем планам и реформам должна предшествовать разъяснительная работа с целью преодолеть иррациональное и неосознанное предубеждение в отношении стариков (старики требуют интенсивного ухода, с ними много хлопот, они сопротивляются дряхлости и собственной смерти). Геронтопсихиатрическая деятельность при всех уже достигнутых успехах выдвигает на первый план постоянную готовность к терапевтической помощи, т. е. осуществляет «перемену парадигмы» от врача-целителя к врачу-помощнику.

Психологические аспекты старения

В центре внимания геронтопсихиатрии находится психически больной старый человек. Необходимо сопоставить болезненные, выходящие за пределы нормы явления этого возрастного периода с нормой; психопатологию с психологией. Отграничение нормального старения от психических болезней старости «в широком диапазоне» трудно. В зависимости от того, где находится порог, как широки границы вариантов нормы, определяются и совершенно различные размеры популяции лиц, которые считаются «нормальными». В качестве критериев служат поведение, трудоспособность, нуждаемость в лечении, уходе, обеспечении. Изучение различия между гармоничным и негармоничным старением имеет больше значения для определения нормы, чем статистические данные.

Геронтопсихология занимается всем спектром психической нормы в преклонном возрасте. Она исследует процесс старения в его взаимоотношениях с поведением и переживаниями, восприятиями, способностями мышления и памятью или с мотивацией и самочувствием. Она распознает деструктивные процессы по возрастанию затрачиваемых усилий. Ее теории размещаются в спектре между экспериментальными данными, предположением, что все психические функции в старости подвергаются систематическому разрушению, и мнением, что связь между календарным возрастом и нарушением функций составляет во многом методическую ошибку при оценке полученных данных.

Точно так же социальные психологи и социологи занимаются преимущественно социальными и общественными условиями, которые могут иметь определяющее значение в процессах старения. Здесь старение интерпретируется как социальная судьба, а изменения, типичные для преклонного возраста, рассматриваются в связи с социальным положением.

¹ В настоящее время не вызывает сомнения, что предлагавшиеся ранее виды услуг были недостаточными и никоим образом не обеспечивали спроса.

Геронтопсихология рассматривает нормально стареющего человека в сравнении с большинством людей этой возрастной группы как человека, не выделяющегося своим поведением, свободного от обременительных для него осложнений, легко переносящего имеющиеся у него незначительные ограничения и недомогания, удовлетворенного и хорошо приспособляющегося.

Психические изменения в старости — это снижение работоспособности, изменение характера деятельности и перестройка внутреннего мира. В непосредственной связи с психическими изменениями в старости находятся изменения функций интеллекта и восприятий, так же как острота зрения, приспособляемость к темноте, ослабление слуха и т. д. Приходится признать, что внешние проявления изменения функций восприятий в старости еще мало исследованы.

Психомоторные функции также, как правило, ослабевают. Это становится очевидным по изменению быстроты реакций, быстроты движений, времени реакции выбора и времени, необходимого для освоения задач, требующих преодоления больших трудностей. Поведение в сложных ситуациях зависит от установки, внимания и структуры ожиданий. Наряду с ослаблением остроты зрения, слуха, ловкости, сопротивляемости, изворотливости, темпа работы, способности приспособляться, внимания, энергии, памяти, имеются способности, которые в старости возрастают: вкусовые восприятия, чувство ритма, методичность, пунктуальность, сосредоточенность, чутье, добрая воля, дисциплина, осторожность, терпение, точность.

С помощью экспериментальных психологических методов были установлены ослабление чудачеств (странностей), увеличение истошаемости и толерантности у лиц преклонного возраста. Изменения интеллекта — способности понимания, пространственного представления, индуктивного мышления, процессов счета и течения речи, — обусловленные старостью в узком смысле, почти не встречаются в возрасте до начала седьмого десятилетия. Представление о закономерном снижении интеллекта в старости является предубеждением. Доказано, что эти способности больше зависят от исходных дарований и состояния физического здоровья, чем от возраста.

Установлено, в частности, что при *попытках обучения* пожилые люди хуже усваивают бессмысленный материал. Если же смысловые связи могут быть поняты, то эффект обучения не уступает таковому у молодых. Решающим является вопрос о мотивации: зачем это нужно изучать, стоит ли оно того? От этого же зависит и необходимый для изучения промежуток времени. При этом темп изучения уменьшается. У пожилых людей часто отсутствует техника обучения. Возможности их обучаемости зависят от степени сложности предложенного задания, требуют большего числа повторений, чем это необходимо более молодым. Сам процесс обучения подвержен большому количеству помех. Воспроизведению изучаемого материала препятствует больше свойственная старости неуверенность, чем недостаточная способность к обучению. Постоянно оказывается, что способности, упражнения, здоровье и мотивация гораздо сильнее влияют на процесс обучения, чем возрастной фактор.

В какой мере психология старения устанавливает изменения личности, обострение или ослабление характерологических особенностей, во многом зависит от методики исследования. Для проявлений личности важно влияние социальных и мотивационных факторов. Для поведения важно собственное представление о своей роли, ожидание, признаваемая свобода позиции. Значение календарного возраста относительно.

Что касается *социального положения старого человека*, то оно часто определяется перенесенными им утратами, ограничениями, конфликтом между самооценкой и оценкой другими лицами (автопортрет—портрет), а также проблемами, связанными

с взаимоотношениями поколений. Представления о том, что «составляет ценность», изменяются в течение жизни и зависят от выбора в данный момент. Созревание в юности означает раскрепощение, экспансию, расширение горизонта; созревание в старости — накопление, сосредоточенность на главном, углубление в свой внутренний мир, обогащение опытом и пониманием смысла обычаев. Недостаточное признание этих нормальных представлений является одной из предпосылок патогенных конфликтов.

Умение понять старого человека и его симптомы предполагает, что учитывается *весь контекст его сомато-психо-социального состояния*: соматические изменения, изменения психических функций, изменившийся социальный сценарий, который развивает у старого человека чувство, что он стал нежелательным, непригодным, одиноким; появляется неуверенность, чувство скуки и запущенности, ограниченной способности к компенсации при неожиданных изменениях ситуации и, наконец, противостояние приближающемуся концу.

Таким образом, положение старого человека в высшей степени подвержено угрозам, опасностям, утратам и болезням. Оно требует действенных механизмов и развитых способностей для самоутверждения и защиты от конфликтов, помех и слабостей, которые были присущи ему на протяжении всей жизни. Их отсутствие становится ощутимым в этот критический период.

Общая психопатология старения

Если разграничение «нормальных» возрастных проявлений и старческих заболеваний не всегда просто, то классификация психических расстройств, наступающих у людей преклонного возраста, часто представляет значительные трудности.

Геронтопсихиатрические симптомы и синдромы в значительной мере неспецифичны. Это значит, что по клинической картине психических нарушений нельзя однозначно определить, о каком заболевании идет речь и какие причины и обстоятельства ответственны за это. Отсутствуют тесные параллельные связи между клинико-психиатрическими проявлениями, с одной стороны, и патологоанатомическими и патофизиологическими данными — с другой. Это особенно относится к результатам параклинических методов обследования: EEG, PEG, CCT. Сходные между собой синдромы могут дать совершенно противоположные результаты исследований.

В каждом отдельном случае зачастую оказывается невозможным с уверенностью отнести заболевание к группе органически обусловленных или эндогенных психозов, ситуационно спровоцированных или являющихся выражением расстройств личности. Каждый геронтопсихиатрический синдром представляет собой комплекс нозологических элементов в соответствии с разнообразными причинами, которые должны столкнуться друг с другом, чтобы образовать *многомерные причины* старческих заболеваний.

Жизненная ситуация и личность состарившегося человека со всеми его особенностями, чертами и предшествующим опытом формируют клинические картины в этом периоде жизни, смягчая или утяжеляя на особый манер то, что известно и в других возрастных группах. Именно в этом смысле употребляются термины «*старческие депрессии*», «*шизофрении позднего возраста*» и т. д.

Наряду с этим появляются синдромы, которые обусловлены *органическими деструктивными процессами* в головном мозге или, по крайней мере, находятся под

сильным влиянием этих процессов, направлением и конечным пунктом которых является *слабоумие*. Эти синдромы присоединяются к нарушениям эндогенного и психогенного генеза.

И, наконец, наблюдается ряд болезненных проявлений, развитие и структура которых могут стать понятными при рассмотрении их на фоне нарушенного душевного равновесия и неустойчивой ситуации у старых людей.

Если постараться обойти вопрос о нозологической принадлежности, то у старых людей наиболее часто можно выявить *следующие симптомы и синдромы*: так называемые общие нервные расстройства, ипохондрические жалобы, состояния страха, проявления ревности, навязчивости, маниакальные клинические картины, различные формы возбуждения и заторможенности, депрессивные синдромы, суициды и попытки суицида, нарушения сна, бредовые идеи, расстройства чувств, нарушения интеллектуальных функций, изменения личности, расстройства сознания, состояния спутанности, припадки, злоупотребление алкоголем и медикаментами, а также правонарушения.

Таким образом, наблюдаются синдромы, которые известны и при заболеваниях в других возрастных группах. Однако старость придает психопатологическим феноменам характерную окраску, хотя и в различной степени. Часто распознается «*органическая окрашенность*» старческих заболеваний, многие из которых первоначально рассматриваются как неорганические, но в дальнейшем приобретают приметы присоединившихся церебральных деструктивных процессов или психоорганических включений. Старости свойственна *тенденция к развитию слабо выраженных, нивелированных симптомов*, постепенно теряющих свои первоначальные характеристики, а также вялое, хроническое течение. Это опустошение и потеря динамики являются выражением уменьшающейся в старости способности к сопротивлению, что проявляется в ослаблении реакций. Следствием этого является то, что заболевание, начавшееся остро в более молодом возрасте и приводившее к значительным нарушениям социальной интеграции, с годами протекает мягче, приглушеннее, так что взаимоотношения с окружающими нарушаются значительно меньше, а уже существующие конфликты смягчаются.

Далее, к *психическим синдромам, имеющим старческую окраску*, относится такое проявление, как сужение круга переживаний (интересов), которые часто ограничиваются самой узкой областью жизненных интересов и собственным телом, что в итоге приводит к усилению *соматизации* психических расстройств и к развитию *ипохондрических* симптомов. Преобладающими реакциями на реальные конфликты являются страх, подавленность, социальная неуверенность, одиночество, чувство собственной ущербности и, наконец, бредовые толкования. Подобные реакции могут наблюдаться и при относительно незначительных событиях. При этом определенную роль может, по-видимому, играть имеющееся уже давно невротическое предрасположение.

Эти клинические проявления становятся понятными, если хорошо известны модели причин, которые действуют в этом возрасте.

Старость проходит под знаком *переживаний, связанных с утратами*. Они начинают незаметно, достигают степени психиатрической нозологии уже в период климакса и влияют на социально-биологическую обусловленность синдромов. Для женщины климакс означает потерю способности рожать, в то время как сексуальные потребности еще сохраняются. За этим следует потеря привлекательности, и это в то время,

когда молодость стала фетишем. Наряду с этим наступают и другие потери: умирают близкие люди и родители, выросшие дети покидают дом. Даже незамужняя, не имеющая детей одинокая женщина переживает аналогичное чувство «паники захлопнувшихся дверей». Происходит выраженная концентрация всех интересов на спутнике жизни, со всеми вытекающими из этого нарушениями взаимоотношений и конкуренцией с мужчиной, который в этой жизненной фазе кажется совсем не изменившимся. Определяющим оказывается появившееся чувство «пустоты жизни».

У *мужчины* конфликт выражается в том, что предъявляемые ему сословные и культурно-профессиональные требования не допускают никакого старения, никакого манкирования, никакого снижения активности. Признание уменьшившихся возможностей в ситуации конкуренции порождает панику. Конфликты возникают из осознания расхождения между желаемым и достигнутым, из подводимых итогов. За этим следуют первые реальные возрастные неудачи, такие, как перевод на худшее рабочее место, что отражает отношение окружающих и сотрудников. Так возникает синдром страха перед конкуренцией, перед надвигающимся материальным неблагополучием, чувство вины и депрессия, которые выражаются в отвращении к работе, утомляемости, угрюмости, ранимости, расстройствах настроения, нехарактерных соматических расстройствах, жалобах на снижение работоспособности. Все это ведет к общему ухудшению положения.

В этот период психической нестабильности и тенденции к аномальным жизненным реакциям *переходы между нормальным инволюционным развитием и кризисными болезненными реакциями протекают плавно*. У тех, у кого заболевание проявляется остро, в большинстве случаев ранее уже имелись измененные преморбидные особенности, так что особые нагрузки, предъявляемые жизненными ситуациями, оказываются непомерными и выявляют депрессивные, фобические и истерические модели реакций. В принципе, здесь мы наблюдаем те же механизмы, что и в другие периоды жизни. Поэтому представляется закономерным, что здесь нет оснований для выделения особых нозологических групп, как, например, «климактерические депрессии» и др.

К *причинным факторам* относится не только переживание утраты. Для людей преклонного возраста значительную роль играет осознание одиночества, отражающее отношение окружающих и членов семьи и вызывающее чувство своей отверженности и бесполезности, а также порожденное опустошенностью чувство скуки и бесцельности и, наконец, ограничение социальной роли, ухудшение материального положения и финансовая неуверенность.

Кроме того, на общее состояние оказывают влияние *феномены старения мозга*. Становится очевидным когнитивный дефицит, снижается психомоторная ловкость, удлиняется время реакции, ограничивается способность воспринимать зрительные впечатления, понимать их и узнавать. Ухудшается также способность понимать словесные высказывания. Видоизменяются понимание слов и понятий, способность схватывать и понимать целое и составляющие его части. Затрудняется ориентировка мышления, направленная на конкретную задачу, установка на ответ, опирающийся на привычную реакцию и смысловое разграничение.

К категории *познавательной недостаточности* относится и амнестическая симптоматика, изменение способности к обучению и усвоению содержания нового учебного материала, нарушение внимания, перцепции и концентрации, недостаток инициативы, спонтанности и новых идей, стереотипии и обеднение мышления и ассоциаций, неспособность сделать обзор полученной информации, интегрировать ее,

дифференцировать и проанализировать, далее нарастающая возбудимость и односторонность мышления.

Состояние физического здоровья — это одна из существенных величин, которая оказывает влияние и на психическое здоровье в старости. При этом речь идет отнюдь не о заболеваниях центральной нервной системы, которые обуславливают развитие сопутствующих психозов или ответственны за выходящие за пределы нормы стрессовые реакции, но и заболевания, далекие от мозговых, которые индуцируют психические срывы в связи с болями, немощью, переживанием невозможности что-либо делать.

Психическая ситуация окрашена приближением конца, чувством завершенности жизненного пути. Будущее укорачивается. Старый человек менее открыт для нового, круг его интересов сужается, происходит отдаление от социальных связей и от внешнего мира в целом.

В конечном счете, решающими являются социальные факторы, социальный статус, социально-экономическое положение, семейные связи, отношение к стабильному жизненному укладу, дальнейшее выполнение заданий, обязательств и сохранение интересов.

Перечисленные факторы могут взаимодействовать, формируя кумулятивный стресс. Оценка роли отдельного фактора невозможна. Чем больше неблагоприятных предпосылок из отдельных названных категорий сталкивается и чем меньше личность изначально толерантна к нагрузкам, тем более вероятно, что появятся те или другие старческие заболевания. При всех обстоятельствах необходимо внимательно рассмотреть все составляющие, чтобы проанализировать причины болезни. Следует предостеречь себя от использования различных клише и стереотипов, которые говорят о неизбежности наступления слабоумия в старости, о несправедливом назначении пенсии как об исходной точке жизненного кризиса, о социальной изоляции старика или о постоянной напряженности во взаимоотношениях в семье, которые определяют симптоматику в старости.

Душевное здоровье у лиц, перешагнувших 65-летний рубеж, отражает не только варианты состояния мозга, но и участие генетических и конституционных факторов. Геронтологические исследования последних десятилетий показали равнозначную роль ряда факторов влияния, которые определяют состояние здоровья этой популяции. Наряду с физическим здоровьем рассматривается роль таких факторов, как стабильность социальных связей, занятость и пенсионное обеспечение, жизненный распорядок и взаимоотношения при проживании совместно с членами семьи, структура семейных отношений, материальная обеспеченность, психосоциальные запросы, необходимость помощи социальных служб. Не в последнюю очередь имеет значение и то, как следует относиться к механизмам переработки, характерным для преклонного возраста. Часто эти механизмы *переработки*, определяющие поведение старых людей, представляются следующим образом:

1. Наступает *сосредоточенность на своем «Я»*, т. е. помыслы и интересы эгоистически ограничиваются на своем организме и его функциях. Заблуждения относительно того, что члены семьи не проявляют должного интереса к здоровью старика, уже запрограммированы. Они способствуют нарастанию напряженности во взаимоотношениях с окружающими.

2. *Переживание своей неполноценности, отверженности, а также утрат* обуславливают ипохондрическую настроенность, которая, в свою очередь, способна придать минимальным соматическим симптомам непомерно важное значение.

3. Заболевания и одряхление переживаются как бессилие и нависшая угроза. Старые люди часто пытаются отрицать наличие у себя болезни, вытеснить ее; они обороняются от нее и не желают признать реальность ее симптомов. При этом они часто укрепляются в своих суждениях из-за неразумной позиции своих близких, которые сами демонстрируют мало понимания «упрямства» старика и потери им чувства реальности.

4. Чрезвычайно характерной формой конфликта с болезнью у стариков является *регрессивное поведение*, которое проявляется в призыве о помощи по своей инициативе. Эта позиция, которая со стороны воспринимается как своего рода «заученная» беспомощность, в действительности стимулируется отношением близких, их чрезмерной заботливостью, лишаящей старика мужества и самостоятельности. В этот круг могут быть включены не только члены семьи, но и целые учреждения (пансионы для стариков, приюты по уходу). Регрессивное поведение вытесняет стремление к бегству и формирует злокачественное развитие.

Эти наиболее часто встречающиеся механизмы переработки должны быть распознаны, для того чтобы противопоставить неправильному отношению к престарелому человеку разумную психотерапевтическую позицию.

Постоянно следует иметь в виду, что отрицательные аспекты, сценарий отказа (отхода), огорчения, агрессивные, аутоагрессивные и регрессивные тенденции, депрессии, ипохондрии, чувство неполноценности и покинутости, утрата интереса к внешним событиям и углубление интроверсии, уменьшение витальности и инволюция либидо составляют только одну сторону этой жизненной фазы. С другой стороны, существует тенденция поддерживать сохранившиеся творческие силы, наличие которых помогает применять разумные терапевтические методы.

ЛИТЕРАТУРА

- Oesterreich K.: Psychiatrie des Alterns. UTB Quelle & Meyer, Heidelberg 1981.
Oswald W.D., W.M. Herrmann, S. Kanowski, U.M. Lehr, H. Thomas: Gerontologie — Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Kohlhammer, Stuttgart 1984.

43 Органически обусловленные старческие психозы

Цель обучения

Знание систематики, клиники и симптоматологии старческих заболеваний, обусловленных психоорганическими процессами, дифференциальной диагностики процессов, ведущих к слабоумию; клиники и этиологии состояний спутанности в старческом возрасте.

Классификация

- МБК-9: 290 — слабоумие при пресенильных и сенильных заболеваниях головного мозга
293 — психозы при других органических мозговых нарушениях
DSM III: 290 — сенильное и пресенильное слабоумие

Классификация психических расстройств в старческом возрасте

Классификация психических расстройств в старческом возрасте выстраивается с трудом; согласованность заключений между отдельными авторами отсутствует. Различия в построении классификаций во многом зависят от того, какие критерии закладываются в их основу: картина психопатологических проявлений, учет причин, вызывающих заболевание или особенности течения. Идеальная нозологическая единица должна была бы основываться на наличии известной специфической причины типичного синдрома с присущим ему характерным течением. Многомерная обусловленность всех нарушений в старости не позволяет выделить такие идеальные нозологические формы. При всех психозах позднего возраста тесно переплетаются конституционные, эндогенные, психореактивные, соматические и органические церебральные, т. е. экзогенные и эндогенные факторы.

Для практического применения пригодно следующее подразделение:

1. Психические заболевания старческого возраста с преимущественно психоорганическими проявлениями (сенильно-атрофическая деменция по типу Альцгеймера [SDAT], деменция вследствие повторных инфарктов [MID] и другие формы слабоумия).

2. Острые состояния спутанности.

3. Психические заболевания старческого возраста с преимущественно не психоорганической клинической картиной (депрессивные и маниакально-депрессивные старческие психозы, бредоподобные и галлюцинаторно-параноидные старческие психозы, непсихотические нарушения поведения и переживаний).

Обозначенные в пп. 1 и 2 клинические картины могут быть объединены, так как они обусловлены биологическим, психическим и социальным положением пациента в старости или определяются этими факторами в значительной степени. Отнесенные к п. 3, скорее, вовсе не специфические старческие синдромы только отчасти, в большей или меньшей степени, развиваются под влиянием возрастных факторов. Нельзя пройти мимо того, что реактивные нарушения душевного равновесия в старости (невроты и акцентуация характера) определяются положением (ролью) престарелого в малой социальной группе.

Органически обусловленные старческие психозы

Эти клинические картины болезни обусловлены *диффузным хроническим поражением головного мозга*. Их симптомы относятся к *хроническому органическому мозговому психосиндрому* в смысле Е. Bleuler. При полной картине мы находим *типичную психопатологическую триаду*: снижение уровня личности, хронический амнестический синдром (с нарушением внимания, дезориентировкой, в некоторых случаях с конфабляциями) и снижение интеллекта (деменция), которое отражает ослабление функций мозга.

Частота

О частоте развития мозгового органического деструктивного синдрома в возрасте свыше 65 лет нет никаких четких данных. Существует указание на то, что среди лиц, перешагнувших рубеж 65-летия, от 3 до 10 % страдают атеросклеротической деменцией, у 2–3 % наблюдаются церебральные сосудистые заболевания с неврологичес-

кими дефицитарными проявлениями. 1/5 случаев со смертельным исходом относится в этой возрастной группе на счет поражения сосудов головного мозга. Преобладание легких органических психосиндромов отмечается в 5–15 % случаев. Истинное увеличение частоты случаев заболевания в последние десятилетия сомнительно. Увеличение частоты заболеваний может быть объяснено общим старением населения.

В зависимости от степени выраженности хронического церебрального органического психосиндрома и по мере его слияния с симптомами психогенного, эндогенного и личностного характера, а также с неврологическими симптомами выпадения, можно наряду с ядерным синдромом слабоумия выделить круг сходных клинических картин болезни.

Синдромы

Раннее (преждевременное) дефицитарное состояние rozpoзнается по замедлению психических процессов, трудности в переориентировке, раздражительности, бедности импульсивных влечений, несостоятельности, а также по незначительным нарушениям аффективных реакций и расстройствам внимания и наблюдательности. В периодах инволюции и пресениума, в прогрессирующих болезненных проявлениях в качестве пускового механизма часто играют определенную роль атрофические заболевания мозга различного характера, физические нагрузки и предъявление повышенных требований. Отграничение возрастной нормы и роли причинных факторов очень затруднительно.

Органически окрашенные аномальные развития характера в старости. Под влиянием незначительного снижения активности функций головного мозга, обусловленного изменениями в нем, дело доходит до акцентуации и заострения невротических и психопатических черт и особенностей поведения, которые присутствовали и ранее, но уравнивались и компенсировались общей структурой личности, так что в социальном плане не являлись помехой. *Процесс дезинтеграции*, развивающийся под воздействием многообразных, часто органических факторов, ведет к потере контроля, лабильности в поведении под влиянием изменчивых волевых импульсов и возросшей ответной раздражительности. Причинами такого развития могут быть внутренние и внешние факторы.

Клинические картины, сходные с шизофрениями и циркулярными психозами. Органически обусловленная недостаточность функций головного мозга и специфические для преклонного возраста психосоциальные нагрузки, а также травмы могут вызвать развитие синдромов, в которых объединены *эндогенные психопатологические и органические признаки*, так что возникают клинические картины, сходные с шизофренными и циркулярными психозами.

Болезни Альцгеймера и Пика. Среди *ранних атрофических мозговых процессов* важнейшими являются *болезни Альцгеймера и Пика*. Первая из них начинается в возрасте после 50 лет или даже раньше с амнестических расстройств и нарушений ориентировки при достаточно хорошем еще в течение некоторого времени фасад поведения. В большинстве случаев развиваются неврологические симптомы выпадения и функциональные нарушения. Заболевание является формой ранней сенильной деменции (SDAT), которая в течение нескольких лет приводит больного к смерти.

Болезнь Пика часто встречается у нескольких членов одной семьи и наследуется по доминантному признаку при ограниченной активности врожденных признаков. Она дебютирует лобным синдромом и прогрессирует, сопровождаемая псевдонев-

ротическими осложнениями, утратой интересов и инициативы. Болезнь развивается медленно, постепенно приводит к потере представлений об этических нормах, сглаживанию аффектов, преобладанию примитивных влечений, потере способности к словесному выражению при остающихся еще долго сохранными речевых функциях. Память и ориентировка еще некоторое время остаются сохранными. Апрактически-агностические очаговые нарушения отсутствуют, в отличие от болезни Альцгеймера. Наблюдается расширение желудочков мозга, очаговые прогрессирующие атрофии преимущественно в лобно-теменной области как в наиболее филогенетически молодом участке мозга, затрагивающие как кору, так и подкорковые структуры. Гистологически обнаруживается исчезновение нейронов и подкорковый глиоз.

К **пресенильным деменциям** относят также *болезнь Кройцфельд-Якобса* (Creutzfeldt-Jakobs) (это группа относительно редких форм прогрессирующей деменции у людей среднего возраста, с пирамидными и экстрапирамидными симптомами, неуклонно и быстро приводящая к смертельному исходу) и *спонгиозная пресенильная атрофия мозга* (Heidenhain). При сочетании деменции с *хореей Гентингтона* можно думать о наследственной, передаваемой по доминантному признаку дегенерации экстрапирамидных ядер (Putamen, Klaustum), которая дебютирует в возрасте второго-четвертого десятилетия, в течение многих лет протекает с нехарактерными психопатологическими симптомами и имеет тенденцию к прогрессирующему течению вплоть до развития деменции. Достигшее полного развития заболевание распознается по типичным особенностям движений. Деменция характеризуется анозогнозией, эйфоричным, лишенным критики отсутствием сознания болезни.

Болезнь Паркинсона (Paralysis agitans) — базальная ганглио-атрофия, наследуемая по доминантному признаку, начинается на пятом-шестом десятке лет и может наряду с характерными экстрапирамидными гипокинетическими-гиперкинетическими симптомами, тремором и прогрессирующими двигательными расстройствами включать и нехарактерные психические симптомы (аффективные расстройства, депрессивные симптомы). Заболевание характеризуется медленным развитием и приводит к слабоумию.

Синдромы слабоумия наблюдаются также при *прогрессирующей параличе и рассеянном склерозе*. Здесь, как и при других атрофических мозговых процессах — инфантильная деменция Heller, болезнь Wilson'a, Westphal-Strumpel'a, гередоатаксия (Friedrich, Pierre-Marie), — наряду с характерными неврологическими и нейropатологическими явлениями обнаруживаются синдромы деменции различной степени выраженности и с различным сочетанием симптомов.

Сенильная деменция типа Альцгеймера (SDAT)

Этот синдром глобального нарушения высших ментальных функций при сохранной ясности сознания характеризуется хроническим прогрессирующим снижением в преклонном возрасте всех интеллектуальных функций. Выявляется различная степень двигательной, мнестической, речевой дезинтеграции, практической и гностической возможностей.

SDAT манифестирует на шестом-девятом десятке лет жизни. Нарушение высших ментальных функций может быть определено по следующим симптомам:

- ослабление памяти и внимания: забывчивость, неспособность к обучению, дезориентировка во времени, пространстве, собственной личности;
- разрушение когнитивных функций — ошибочная переработка сенсорных (зрительных и слуховых) раздражителей (агнозия);

- нарушение способности создания концептуальных образований (ограничение в узнавании, распознавании сходства объектов);
- потеря конструктивных способностей (*конструктивная апраксия*);
- ослабление способности выполнять сложные движения, заучивать их (*идеомоторная апраксия*).

К изложенному следует добавить утрату плавной речи и понимания речи другого лица. Обусловленные деменцией *интеллектуальные ограничения* выражаются в неспособности к абстрактному мышлению, планированию и оценке. *Личностные расстройства* проявляются в потере интереса, такта, эмоциональном оскудении и расторможенности, пренебрежении принятыми нормами поведения и тенденции к запущенности (в частности, пренебрежение питанием). *Психомоторное поведение* может принимать формы двигательной расторможенности (включая беспокойство во сне) или проявляться в апатической бедности движений. *Аффективность* характеризуется лабильностью чувств и «недержанием» аффекта, а также уплощенно-эйфоричным или боязливо-неуверенным фоном настроения. *Защитные механизмы*, которые должны отражать протест против переживаемых потерь, в действительности сводятся к конфабуляциям, стереотипным утверждениям, персеверациям, уходу от ответа или к «построению защитного фасада в поведении». Наблюдаются также галлюцинаторно-параноидные, депрессивно-ипохондрические и экспансивно-маниакальные оттенки проявления этих клинических картин. Раньше или позже появляются *очаговые мозговые синдромы* и *очаговые мозговые нарушения двигательных функций* (афазии, апраксии, агнозии и т. д.).

При *амнестическом синдроме (Корсаков)*, обусловленном билатеральным поражением в области Нурросатрус, Fornix, Согрога mammillaria, речь идет о кратковременных расстройствах памяти, неспособности накапливать для запоминания новый материал; при этом на первый план выдвигаются конфабуляции.

Патология и этиология. Морфологическое разграничение SDAT и болезни Альцгеймера невозможно. Все описанные при болезни Альцгеймера нарушения мозговых функций, особенно праксиса, часто встречаются и при старческом слабоумии, в начальных стадиях амнестических расстройств. В процессе болезни прогрессируют и очаговые психопатологические проявления. То обстоятельство, что болезнь Альцгеймера и SDAT манифестируют в разном возрасте, не может служить критерием для отличия одного от другого. У более молодых пациентов тот же патологический процесс развивается стремительно и быстрее приводит к неврологическим нарушениям и расстройствам праксиса. Стремительное течение болезни видоизменяет индивидуально-психологическую матрицу быстрее, тогда как при более медленном наступлении изменений, свойственном возрастным заболеваниям, она определяет их многообразие.

Патологоанатомически обнаруживается атрофия Gyrus, в лобно-височной области и в области Нурросатрус. Выявляется значительная утрата корковых нейронов, появление сенильных бляшек (друз) и нейрофибрилл. Те же морфологические структуры рассматриваются как выразители нормальных возрастных изменений мозга. По-видимому, тогда, когда число разрушенных мозговых клеток перешагивает определенный рубеж, появляются психопатологические и неврологические симптомы деменции. Имеет значение и темп, в котором прогрессирует болезнь.

Диффузные и очаговые поражения головного мозга сосуществуют, их акцентуация в отдельных областях (лимбической системе, медио-базальной височной области, области гиппокампуса) обуславливает вариации клинических синдромов.

Избирательное поражение пресинаптических холинэргических нейронов в этих участках, и в частности в Nucleus basalis Meynert, приводит к редукции образования ацетилхолина, что в свою очередь обуславливает снижение церебрального обмена глюкозы. Доказано снижение церебрального потребления глюкозы, особенно в начальной стадии SDAT.

Течение болезни зависит не только от органических изменений в мозге. Психические и социальные факторы также оказывают существенное влияние на появление, структуру и регресс симптомов, что имеет известное значение для терапии. Кроме того, существует тесная связь между психопатологической картиной и экстрацеребральными заболеваниями. Кризисные соматические состояния могут способствовать манифестации церебральной недостаточности, которая до этого момента носила латентный характер. Если эти кризисные состояния наступают в период развивающейся деменции, то они способны вызвать шубообразное ухудшение состояния, которое в дальнейшем может быть частично обратимым.

Сосудистые деменции. Мультиинфарктная деменция (MID)

Деменции на базе общего атеросклероза мозговых сосудов составляют при частоте от 20 до 30 % всех старческих деменций вторую по величине группу SDAT, частота которой оценивается в 60–70 %. Частота смешанных форм (SDAT + MID) составляет около 15 %.

Причинами нарушения функций головного мозга являются диффузные или *очаговые сосудистые процессы* в коре и мозговых оболочках, которые проявляются как множественные микроинфаркты и являются выражением нарушения микроциркуляции в мозге. Более крупные мозговые сосуды при этом далеко не всегда поражены атеросклеротическими бляшками и тромбозами. В качестве определяющего фактора указывается на сосудистое предрасположение. С другой стороны, играют роль и иные факторы, например обмен веществ, питание, образ жизни. Гипертония, нарушение функции сердца, ожирение, гиперхолестеринемия, диабет и другие генетические факторы увеличивают риск заболевания.

Не существует тесной корреляции между атеросклерозом сосудов головного мозга и артерий других органов. Разграничение SDAT и MID в психопатологическом и невропатологическом плане далеко не всегда удается с достаточной долей уверенности. Изменения в равновесии нейромедиаторов при MID не обнаруживаются.

Изменчивая топография поражения объясняет изменчивость клинической картины и течения.

Клиническая картина укладывается в рамки хронического психоорганического мозгового синдрома. В соответствии с лежащим в его основе патофизиологическим процессом заболевание чаще всего начинается внезапно с явлениями мозгового инфаркта. Течение носит интермиттирующий, скачкообразный характер и сопровождается временными ремиссиями. Психопатологические явления выпадения сходны с теми, которые наблюдаются при SDAT. Характерны неврологические симптомы выпадения, особенно двигательные нарушения, выражающиеся в потере двигательных навыков и умений, соответствующие локализации инфаркта. При острой церебрально-сосудистой гипоксии развиваются сомнолентно-делириозные, коматозные, апоплектические состояния. Временные нарушения функции внимания, бодрствования сопровождают течение болезни. Часто наблюдается хорошая сохранность динамики аффектов и достаточная сохранность фасада поведения. Ориентировка также длитель-

но может оставаться ненарушенной. В связи с тем, что пациенты, по крайней мере в начальной фазе болезни, более отчетливо понимают свою несостоятельность, чем это имеет место при SDAT, возможны и реактивно-депрессивные расстройства настроения. Соматические заболевания (бронхопневмония, сердечная недостаточность и др.) приводят к ухудшению состояния.

Часто трудный *дифференциальный диагноз* между SDAT и MID может быть облегчен применением *шкалы Hachinsky*. При этом каждый пункт оценивается в определенное количество баллов: внезапное начало (2), постепенное ухудшение (1), волнообразное течение (2), состояние спутанности в ночное время (1), относительная сохранность личности (1), депрессия (1), соматические жалобы (1), эмоциональная несдержанность (1), инфаркт мозга в анамнезе (2), указание на сопутствующий артериосклероз (1), наличие очаговых неврологических симптомов (2). Сумма, превышающая 7 баллов, указывает на деменцию вследствие множественных инфарктов головного мозга; менее 4 баллов — на SDAT.

Синдромы атрофии головного мозга

Наряду с SDAT и MID в старости наблюдаются синдромы атрофии головного мозга процессы, в которых на первый план выступают хронические прогрессирующие воспалительные процессы или процессы, которые являются следствием стабильных посттравматических, послеоперационных изменений, а также изменений вследствие неадекватного лечения паралитических поражений. В этой связи следует упомянуть церебральные инфекции и воспалительные заболевания, нейролюэс, *arteriitis cranialis*, системный *Lupus erithematodes*, лимбический энцефалит, многоочаговую лейкоэнцефалопатию. Симптомы деменции появляются также после множественных внутричерепных повреждений (опухоль, хроническая субдуральная гематома), при открытой и закрытой гидроцефалии и в качестве вторичного признака при целом ряде экстрацеребральных заболеваний: гипертиреозидизм, гиперкальциемия, гипогликемия, порфирия, дефицит витамина В-12, гепато-энцефалопатия, синдром нарушенной абсорбции, алкоголизм, в процессе проведения диализа.

Состояние, определяемое как деменция, часто является не чем иным, как выражением декомпенсации, вызванной ситуацией, характерной для преклонного возраста, или длительным воздействием неблагоприятных факторов, последствия которых еще длительное время не проявляются.

Тщательная диагностика и выяснение причин болезни в каждом отдельном случае необходимы уже потому, что деменции, возникшие вследствие инфекций, дефицита витаминов, интоксикаций или нарушений обмена, могут давать положительную динамику под воздействием терапии.

Это означает, что для *правильной диагностики деменций* очень важно всестороннее соматическое обследование. Наряду с лабораторными биохимическими, эндокринологическими, иммунологическими исследованиями необходимо уделить внимание так называемым «наглядным методам» (рентгенография, ангиография, ССТ, РЕТ, Кемспин), ЭЭГ, сцинтиграфии, данным спинномозговой пункции. Уменьшение нагрузки, которая ложится на больного в связи с обременительными обследованиями, необходимыми для выбора терапии и уточнения диагноза, далеко не всегда просто осуществить.

Психологическое обследование в рамках диагностики деменции охватывает «экзамен» краткосрочной и долгосрочной памяти, ориентировки, узнавания предметов, формального мышления, двигательных возможностей и речи.

Спутанность, делирий и агрессивность в старости

Состояния помраченного сознания, спутанного и несвязного мышления, нарушение ориентировки, утрата способности критической оценки своего состояния и ситуации, растерянность, неузнавание ситуации и окружающей обстановки, проявление агрессивности и особенности выразительных средств при симптоматических психозах относятся к наиболее частым показаниям для госпитализации в рамках психиатрии старческого возраста. При делирии появляются зрительные галлюцинации. Возможно также бредообразование.

Спутанность у стариков является парадигмой старческих расстройств. Поведение больного обращает на себя внимание и становится нетерпимым в обстановке квартиры, семьи, пансиона и приводит к недобровольной госпитализации, порой при весьма драматических обстоятельствах.

Состояния спутанности в старости имеют, как правило, «внепсихиатрическую» причину. Они зачастую обусловлены соматически или ситуационно. Часто они могут быть спровоцированы и ятрогенно. Спектр причин, лежащих в основе этих синдромов, очень широк: инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма, стеноз сонной артерии, приступы дыхания Адамс-Стокса, транзиторные ишемические приступы, переломы костей черепа, прием антихолинэргических препаратов, кортизона, бензодиазефина, сердечная и бронхиальная астма, гипер- и гипогликемия, а также экзиккоз могут стать поводом для проявления болезни. Психическая травма и внезапное изменение ситуации также могут спровоцировать состояние спутанности. Распознавание причин имеет большое значение потому, что эти клинические картины поддаются лечению. При целенаправленном сомато-терапевтическом лечении и благоприятной окружающей обстановке эти болезненные проявления более или менее быстро претерпевают обратное развитие.

ЛИТЕРАТУРА

Lauter H.: Demenzen. In: Peters H.W.: Die Psychologie des 20. Jh. Zurich 1980.
Müller C.: Alterspsychiatrie. Thieme, Stuttgart 1967.

44 Психические заболевания старческого возраста с преимущественно неорганической клинической картиной

Цель обучения

Знание причин психических расстройств в старости, не обусловленных соматически; распознавание эндогенно-психотических и психореактивных расстройств у лиц преклонного возраста; умение обосновать дифференциальный диагноз старческой депрессии. Оценка причин неврозов в старости.

Классификация

МКБ-9: 300 — неврозы
301 — личностные расстройства
296 — инволюционная депрессия

Введение

Предположение, что в подавляющей части случаев психических заболеваний в старости речь идет в первую очередь о психопатологических и неврологических изменениях в центральной нервной системе, т. е. обусловленных «дегенеративными процессами», является следствием дефицитарной модели, принятой за исходную точку.

Психиатрия старческого возраста это отнюдь не психиатрия слабоумия. Значительная часть психических заболеваний у старых людей — это заболевания, требующие лечения и подлежащие лечению. Они должны быть отнесены к иным нозологическим формам, т. е. к функциональным психозам (депрессивным, маниакально-депрессивным, шизофреничным), невротическим развитиям и аномальным реакциям и личностным расстройствам с феноменами старости, суицида и старческой преступностью.

Эти состояния демонстрируют по большей части специфическую для преклонного возраста клиническую картину, которая, однако, далеко не всегда имеет органическую окраску, но зато тем более обнаруживает *характерные черты*, сформированные психической и социальной ситуацией стареющего человека. То же отмечается при первичных, органически обусловленных нарушениях у лиц преклонного возраста.

Патогенные факторы, необходимые как для проявления психоза, так и для декомпенсации существующего в течение жизни предрасположения, находятся в различных областях: *социальной* (изоляция, изменение социального положения, утрата привычной роли), *психодинамической* (дезинтеграция потребностей, диссоциация в представлении о себе самом и представлении других о себе, нарциссические жалобы, ограничение возможностей развивать отношения с другими лицами), *структуры личности* (шизоидной, депрессивной, истерической, изначально нарциссической), а также *соматической* (инволюционная недостаточность всех систем органов, особенно ЦНС, сенсорные и двигательные расстройства, ограничения в восприятии, изменение способностей интеллектуального профиля).

Диагностируя эндогенные психозы, необходимо делать различия между теми, которые впервые проявились в старости, и теми, которые представляют собой рецидивы или последствия заболеваний или развитий, начавшихся в более ранние периоды жизни. Все они нуждаются в психиатрической терапии с неременным учетом возрастных особенностей. Широко распространено мнение о том, что старческие заболевания вызываются различными факторами, что существует связь между пусковыми механизмами и реакциями и что хорошо известные поводы развития болезни очень незначительны, особенно в том, что касается тяжести болезненного состояния.

Клинические картины

Психотические синдромы шизофренического круга

Старые **шизофреники**. У лиц, перенесших шизофренические психозы в более раннем возрасте, после 65 лет наблюдаются, как правило, клинические картины *резидуальной шизофренической симптоматики* или *шизофренических изменений личности* с психотическими экзacerbациями или без них. Возраст оказывает влияние на эти синдромы, обуславливая приглушенность психотической продукции и смягчение конфликтных ситуаций. Старость облегчает возможность компенсировать бред благодаря процессам регрессии, т. е. возврату на более ранние, порой даже детские, ступени развития и модели поведения. Динамика бреда часто смещается в направлении нигилистичес-

ки-депрессивной переработки темы. Остаточные постремиссионные состояния, т. е. клинические проявления после перенесенных острых приступов болезни, демонстрируют весь спектр депрессивной симптоматики и требуют соответствующего лечения.

В части случаев заболевание соответствует привычной картине шизофренических изменений личности, речевой разорванности, манерности, аномалий в выразительных средствах и моторике, часто наполнены отрывочными парафреническими идеями. Попытки фармакотерапии в этих случаях приносят мало пользы. Лечение путем создания благоприятной обстановки и социотерапевтические меры помогают сделать жизнь этих хронически больных более приемлемой.

Сегодня вряд ли удастся разыскать пациентов этой группы, у которых болезненные проявления не были бы переплетены с последствиями длительного применения нейролептиков, которые оставили свои следы в области влечений, психомоторики, настроений, интеллектуальной работоспособности и привели к более усложненным клиническим картинам заболевания, где причинная роль отдельных факторов не может быть определена. Паркинсоноиды и поздние дискинетические симптомы как следствие лечения нейролептиками зачастую не могут быть отграничены от первичных расстройств, обусловленных заболеванием.

Поздние шизофрении. При первичной манифестации шизофрений и шизофренических реакций в позднем возрасте часто удается проследить имевшиеся на всем протяжении жизни трудности в общении, которые декомпенсируются в связи с психосоциальными нагрузками в преклонном возрасте и приводят к перестройке защитной позиции, обусловленной страхом (бредовое отношение, сдвиги, игнорирование фактов). При этом массивные галлюцинаторно-параноидные синдромы могут сделать необходимой госпитализацию и применение интенсивной психофармакотерапии.

Параноидные синдромы в старческом возрасте встречаются часто. Нередко они выражаются в изолированных бредовых идеях, тематически связанных с разнообразными соматическими и психосоциальными мотивами. Психодинамическая интерпретация проецирует внутренний страх, вырастающий из переживания ослабления влечений и ипохондрической фиксации на физиологических отправлениях организма. Зафиксированность страхов усугубляется экзистенциальными факторами, вопросами о деньгах, имуществе, жилье, питании и принимает характер *депрессивного бреда обнищания*.

Наблюдаются также картины диффузного, несистематизированного бреда. Больные считают себя обнищавшими, преследуемыми, жертвами злоупотреблений, лишенными прав и ограбленными. Своими обвинениями и недоверием они осложняют жизнь близким, осуществляющим уход за ними, несправедливы к ним. Этот замкнутый круг часто удается разомкнуть только после госпитализации больного.

Особую форму старческого бреда представляет *бред дефицита контакта*, который возникает в возрасте между 60 и 70 годами. Вопрос о принадлежности этой разновидности бреда к кругу шизофренических заболеваний является спорным. Речь идет об удивительно однообразном типе параноидного синдрома, который отражает изолированное положение больного и составляет его фон. Такие пациенты часто находятся в хорошем физическом и душевном состоянии, лучше, чем возрастная норма. Чаше речь идет об одиноких женщинах. Если имеются близкие (лица, с которыми поддерживается контакт), то у пациента развивается напряженно-дистанцированное, параноидно-оборонительное или ревнивое отношение к ним. Переживания воздействия, преследования и угрозы выступают на первый план. Сценарий происходящего определяется ближайшим окружением. Больной испытывает чувство угрозы в обста-

новке, которая окружает его непосредственно: приборы испорчены и переставлены, в помещение проникают шумы, вредные насекомые, газы, отравляющие вещества, производятся гипнотизирующие манипуляции, действуют электротоки, магнитные волны, лучи и многое другое. Все это заставляет больного испытывать мучения, способные довести его до агрессивных действий или самоубийства. Часты и бредовые сюжеты, касающиеся сексуальной сферы. Бурные реакции больного разрушают его социальную интеграцию и приводят к тому, что в один прекрасный день его соседи бывают вынуждены принять меры, которые пациент воспринимает как враждебные, что укрепляет его в своих бредовых переживаниях. В дальнейшем бред и галлюцинации становятся единым целым. Психотические переживания, как большинство бредовых переживаний в позднем возрасте, занимают нишу, свободную от реальных межличностных связей, и представляют собой суррогат общения, утраченного в процессе социальной изоляции. Чувство незащитности перед лицом сил, представляющих угрозу, приводит к восстановлению чуть было не потерянных связей с окружающими. Нередко эти болезненные симптомы исчезают без психофармакологической терапии, если больной оказывается помещенным в лечебную обстановку с дозированными социальными раздражителями. При применении психофармакологических препаратов необходимо сделать выбор: оценить тяжесть состояния больного под влиянием бреда без лечения и возможность появления нежелательных в преклонном возрасте побочных явлений медикаментозной терапии.

Галлюцинаторно-параноидные синдромы. Галлюцинаторно-параноидные психозы в старческом возрасте ознаменованы особенно зрительными и тактильными галлюцинаторными переживаниями. Больные отчетливо (чувственно ярко) видят образы, иногда фигуры воспринимаются как уменьшенные в размере (микropsии) и угрожают больному. Иногда под влиянием готовности к проекции развивается *бред дерматоза* — своеобразный тактильный галлюциноз, при котором больные ощущают присутствие на коже или под кожей насекомых и даже якобы видят их. Патогенетически здесь, по-видимому, играют роль дегенеративные процессы в области таламуса с функциональными нарушениями схемы тела.

Депрессивные заболевания в старости

Депрессивные синдромы всех категорий (эндогенные, соматогенные, психогенные) и форм их проявления (заторможенной, ажитированной, фобической) развиваются в старческом возрасте весьма часто. Уровень заболеваемости в возрасте старше 65 лет оценивается в 10 %.

Существуют психопатологические связи между повышенной готовностью к заболеванию и процессами старения мозга. Пониженный порог возбудимости мозга, который выражается в мозговой недостаточности, ограничении способности к обучению, снижении психомоторного темпа, составляет только часть причин в структуре условий старения. Очевидным является также наличие связей между отдельными синдромами: начальная степень недостаточности мозга часто диагностируется как депрессия, т. е. как симптом, который выражает эту недостаточность. Начальная фаза деменции порой демаскируется присоединившейся депрессией. Клинические картины, при которых депрессивное ослабление влечений выражается в ограничении интеллектуальной трудоспособности, обозначаются как депрессивные псевдодеменции. Однако недопустимо, чтобы депрессивные синдромы, развивающиеся в этом возрасте, рассматривались только как первая ступень деменции. У депрессив-

ных больных деменция развивается не чаще, чем у лиц, не страдающих депрессией. С другой стороны, длительные катamnестические исследования показали, что у больных, которые во время фазы депрессивной псевдодеменции получали лечение, через несколько лет чаще развивается сенильная деменция типа Альцгеймера.

Мозговая недостаточность и депрессивная симптоматика тесно связаны между собой. Это можно показать на примере некоторых форм предапоплектической депрессии, депрессии как продрома инфаркта миокарда, депрессивного синдрома в рамках развития цереброваскулярного тромбоза и при *Leucencephalitis progressiva subcorticalis* Binswanger, при *Periarthritis nodosa*, при опухолях мозга и других мозговых и экстрацеребральных заболеваниях старческого возраста. Особенно трудно бывает отграничить псевдоневрастенические состояния, предшествующие деменции, от депрессий другого генеза.

Все формы депрессий, описанные в других разделах настоящей книги, встречаются и в старости. Их *классификация* и дифференциально-диагностическая оценка трудны, так как их проявление тесно связано с ситуационно-реактивными, невротическими, соматическими, а иногда и эндогенными факторами. В зависимости от тяжести, структуры и пусковых факторов становится возможным разграничить и классифицировать отдельные формы, что имеет для терапии в некотором роде второстепенное значение.

Течение заболеваний в старости часто принимает затяжной характер, имеющий тенденцию к хронификации. Длительность фаз увеличивается. *Лечение* оказывается более сложным, чем для больных в более молодом возрасте. Часто наблюдаются случаи, резистентные к проводимой терапии. Особое внимание следует обратить на то, что применение тимолептиков у больных преклонного возраста ограничено вследствие более серьезных побочных явлений. Наблюдается выраженная тенденция к соматизации в большинстве случаев ажитированно-фобических депрессий, которые часто сопровождаются чувством вины и самообвинением, сверхценными идеями и бредовыми представлениями. В динамике бреда часто обнаруживается связь с реальной ситуацией стареющего человека. Она выражается в ипохондрических опасениях, идеях обнищания, переживании потери своей роли и дискриминации.

Нередко наблюдаемые *истерические проявления* создают трудности при проведении терапии. Истерические формы поведения носят грубо демонстративный характер, выставляя напоказ беспомощность, требовательный призыв о помощи, и часто создают для ближайшего окружения больного почти непереносимую нагрузку.

Шансы *restitutio ad integrum* при депрессиях в старческом возрасте оцениваются со скептицизмом. По истечении острой стадии заболевания часто остаются *личностные изменения* или появляются признаки начинающегося развития деменции. Нам представляется нецелесообразным выделение «*инволюционной депрессии*» в отдельную нозологическую единицу. Все аффективные заболевания, дебютирующие в возрасте свыше 65 лет, могут быть отнесены к отдельным формам депрессий, которые известны и в других возрастных группах, если учесть, что эти синдромы осложнены специфическими возрастными, биологическими и психосоциальными влияниями. Для нозологического определения, которое вкладывается в понятие «инволюционной депрессии», рекомендуется применять такие обозначения, как, например, «поздно дебютировавшая депрессия эндогенного типа». Биполярные и монополярные синдромы могут быть однозначно отнесены к аффективным психозам, которые наблюдаются у физически здоровых людей в преклонном возрасте. Профиль их симптомов соответствует тому, который наблюдается при эндогенных психозах в более молодом возрасте.

Ларвированные депрессии, т. е. такие, которые протекают без выраженной психопатологической симптоматики, но зато оснащены соматической, представляют у больных преклонного возраста значительные диагностические и терапевтические трудности. На фоне предполагаемого множества причин исключение органического процесса часто весьма затруднительно. Такие жалобы, как ощущение давления в голове, различные ощущения в области сердца, отчужденность тела, потеря аппетита и подобные особенно многозначны в старческом возрасте. Существует опасность того, что подобная клиническая картина даст повод к обширным и представляющим большую нагрузку диагностическим мероприятиям и к безрезультатным попыткам лечения. Такая полипрагмазия может причинить серьезный вред больным преклонного возраста. Тщательный анализ ситуации, изучение структуры преморбидной личности и наблюдение над типом течения болезни (биоритмические феномены, течение в форме фаз, колебания в течение дня) помогут постановке правильного диагноза.

Маниакальные фазы в старости встречаются значительно реже, чем депрессивные. Они протекают в форме гневливой или раздражительной мании. Эйфорическая приподнятость настроения также наблюдается редко. Психопатологические проявления отличаются монотонностью: возбужденное «проговаривание», мешающая окружающим болтливость, иногда спутанность. Если спутанность увеличивается и появляются расстройства сознания и делириозные симптомы, то следует подумать о том, что двигательное беспокойство больного может привести к сердечной недостаточности, а через короткий промежуток времени — и к связанной с ней мозговой недостаточности. Таким образом, мания осложняется психоорганической симптоматикой. Это, конечно, необходимо учитывать при назначении и проведении терапии.

Этиология и патогенез. Депрессии в старости часто являются неспецифическим ответом на критические жизненные ситуации, на обязанности и решения, которые пациент не может преодолеть. Кроме того, переживание утрат, соматические заболевания и нарушения играют роль пусковых механизмов. Плохое физическое самочувствие и ограничение сексуальных возможностей играют не последнюю роль. Значительное число экстрацеребральных соматических заболеваний в большинстве случаев недооцениваются в качестве предрасполагающих к депрессии факторов в старости. Более чем 80 % лиц, перешагнувших возраст 65 лет, страдают одним или несколькими заболеваниями, которые способны по меньшей мере стать поводом для депрессии. Эти заболевания действуют через ЦНС как предрасполагающие, оказывая влияние на гуморальные и обменные процессы, а частично и психореактивно, через переживания беспомощности и незащитности.

Препятствием на пути к своевременной и точной диагностике и терапии является тот факт, что депрессивные настроения у стариков рассматриваются как норма, присущая старости. Депрессия считается нормальным явлением старения, ее не оценивают как патологию. Реакции смирения оцениваются как адекватные старости, а потому не болезненные. Одновременно лечение депрессивных состояний в старческом возрасте тормозится их выраженной детерминированностью, многообразием одновременно действующих причинных факторов. Мнимая бесперспективность также часто обезоруживает, учитывая и без того большие трудности в проведении терапии.

Неврозы, реакции и личностные расстройства

Изменения социальной ситуации, положения и вызванные ими нежелательные и трудно переносимые перемены в образе жизни дают пищу многообразным кризам и

конфликтам в старости. Нарушения поведения, которые сами по себе еще не носят болезненного характера, например, уединение, избранное по собственной инициативе, отказ от социальных связей, пренебрежение правилами ухода за собой, отсутствие целей, являются следствием этих обстоятельств и составляют матрицу, на которой вырастают конфликты. Исходя из индивидуальной предрасположенности, эти конфликты перерабатываются по образцу невротической реакции: истерической, депрессивной, обсессивной, регрессивной, негативной, негативно-протестующей.

Нарушение приспособляемости, оцепенение, страх, ригидность, эгоцентризм затрудняют интеграцию старых людей. Принуждение к приспособлению, унижение достоинства и значения «Я», угрозы извне и изнутри, конфронтация в мыслях о бренности существования имеют в старости повышенное патогенное значение.

Психиатрия старости имеет, как и психиатрия зрелого возраста, дело с высоким процентом *невротически* и *психосоматически стигматизированных* личностей, с чем обязана постоянно считаться. Особенность заключается в том, что невротические состояния в старости теряют свою клиническую специфику и обретают присущие возрасту характеристики. До настоящего времени остается открытым вопрос о том, действительно ли существенная доля невротических симптомов и структур развивается только в преклонном возрасте, или речь идет о том, что уже давно имевшаяся структура, оставшаяся компенсированной и приспособленной к терпимым социальным условиям, выявляется под влиянием многообразных травмирующих факторов. В целом, неврозы в преклонном возрасте часто проявляются в соматических симптомах, ипохондрической фиксации и неприятных ощущениях, которые сопровождают тревожный и депрессивный аффекты. Примерно у 1/4 больных преклонного возраста наблюдается невроз страха. За ним следуют фобии и навязчивости.

Психоанализ по целому ряду причин довольно поздно начал заниматься динамикой неврозов в старческом возрасте. Существующие в этой области предубеждения, которые базируются на технических трудностях и рационализируются, указывают на обманчивую близость к биологической дефицитарной модели старости. Психодинамической оценке ситуации старых людей и соответствующей терапии следует противопоставить понимание того, что старые люди страдают от нарастающего дефицита способности приспособления, нарастающей ригидности и хрупкости защитных механизмов. Масса материала, подлежащего переработке, оказывается слишком большой для возможностей аналитического процесса, и, наконец, волевые возможности старика слишком слабы, для того чтобы достичь достаточной мотивации, с помощью которой возможно поддерживать необходимую динамику аналитических процессов. Только в последние годы глубинная психология с большим вниманием обратилась к проблемам старости и открыла перспективы для терапии.

Суицидальные синдромы

Частота суицидов с возрастом увеличивается. Правда, суицидальные попытки у лиц в возрасте старше 65 лет занимают среди причин смерти не первое место. Однако среди суицидентов 20 % составляют лица старше 60 лет. 2/3 всех суицидальных попыток, совершенных в преклонном возрасте, заканчиваются смертельным исходом, при этом у мужчин вдвое чаще, чем у женщин. Поводом для зачастую очень целенаправленных суицидальных действий служит весь спектр травм, характерных для старости: социальные конфликты в связи с переходом на пенсию, перемена квартиры, трудности интеграции при поступлении в интернат, а также иные трудности в социальном обслуживании и материальном обеспечении, возрастные проблемы, хро-

нические заболевания, одиночество, супружеские ссоры, смерть партнера, социальная изоляция, преступления. Нозологически на первом месте стоят острые психорганические синдромы, депрессии, токсикомании и реактивные расстройства. Многообразные призывы о помощи в характере суицидальных действий должны помочь установлению более точного анализа психосоциального поля и структуры мотива, который привел к суицидальной попытке. Бесспорно и то, что большое число старых людей, которые избирают суицид как последний выход, предъявляют свои требования к обществу, враждебно настроенному к старикам или, по крайней мере, пренебрегающему нуждами престарелых сограждан.

ЛИТЕРАТУРА

Ciampi L., F. Post, H. Lauter: Alterspsychiatrie. In: K.P. Kisker, J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Bd. II/2. Springer, Berlin 1972.

45 Психиатрическая терапия при психических заболеваниях в старости

Цель обучения

Знание основ геронтопсихиатрического плана терапии. Знание правил применения психофармакологических препаратов при психических заболеваниях в старости и основных направлений психо- и социотерапии престарелых.

Психиатрический план лечения

Предпосылкой для лечения психических расстройств в старости является *геронтопсихиатрический план лечения*. Он представляет собой индивидуально приспособленную модель терапевтических, поддерживающих и компенсирующих мер, которые соответствуют многоплановости заболеваний стариков, многообразию причин заболеваний и переплетению соматических и психосоциальных факторов при заболеваниях и нарушениях поведения в старческом возрасте.

Необходимо учитывать, что наиболее часто речь идет о хронических прогрессирующих заболеваниях, на которые невозможно воздействовать каузально с помощью терапии, как это принято при лечении острых заболеваний, когда все мероприятия направлены на восстановление. Здесь же речь идет о факторах и условиях смягчающих, разгружающих, шадящих, обеспечивающих уход и усилиях, устраняющих патогенные влияния, а также о мероприятиях, направленных на многообразные вторичные последствия старческих заболеваний.

План лечения предусматривает определенный *порядок расположения симптомов и расстройств* по их значимости и первоочередности терапевтического воздействия на них. Он определяет очередность терапевтических мероприятий.

Психическое самочувствие лиц преклонного возраста в значительной степени зависит от физического состояния, а в основе клинической картины психических расстройств в старости часто находятся соматические расстройства, или же они сопровождают основное заболевание. Тенденция к множественности заболеваний выражается в том, что у 80 % лиц старше 65 лет диагностируют три и более заболе-

ваний, а это приводит к исчерпанию возможностей *соматомедицинских* (терапевтических и неврологических) лечебных мероприятий. Психиатрическая терапия без предшествующей ей соматической диагностики и терапии беспочвенна. Предпосылкой терапии является знание и лечение сердечно-сосудистых расстройств (гипертония, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность, нарушения дыхания, эндокринные заболевания, состояние дефицита минералов и нарушение водного баланса, новообразования и проч.). На этом пути часто можно достигнуть впечатляющих успехов в изменении психического состояния. Немалая часть больных со спутанностью, параноидными и галлюцинаторными проявлениями, невротическими симптомами положительно реагируют на соматически направленную терапию.

Любая фармакотерапия в старости должна учитывать измененную фармакокинетику (резорпцию, выделение, распределение, связывание тканями, метаболизм, экскрецию) и измененную фармакодинамику.

Лечение психофармакологическими препаратами в старости

Общие указания

Психотропные препараты относятся к числу наиболее часто назначаемых в старости лекарств. Можно исходить из того, что почти 1/3 всех лиц в возрасте старше 60 лет получают по меньшей мере один психотропный препарат. В связи с тем, что при этом не соблюдаются важнейшие правила, не приходится удивляться тому, что у значительного процента больных преклонного возраста появляются расстройства, вызванные приемом этих медикаментов. Именно поэтому необходимо и обращение к психиатру.

Для применения психотропных препаратов важно то, что, как правило, половинной дозой, по сравнению с той, которая применяется у больных зрелого возраста, достигается такой же уровень содержания препарата в крови, как при приеме полной дозы более молодыми. Таким образом, действенная и хорошо переносимая стариками доза психотропного препарата значительно ниже. Кроме того, частота побочных явлений при приеме всех психотропных препаратов у стариков значительно выше, чем у молодых.

Причиной тому, во-первых, измененные фармакокинетические процессы. Резорпция часто снижена. Распределение препарата в тканях изменено вследствие снижения количества альбуминов в крови. Психотропные препараты (особенно антидепрессанты и диазепины), в большей части связываемые альбуминами, находятся в крови в более высокой концентрации в форме свободного, активного вещества. Концентрация активно действующего вещества, таким образом, повышена. В связи с тем, что избирательное действие медикамента на белок плазмы различно, психотропные препараты могут быть вытеснены из связи с белком другими субстанциями, что, при определенных обстоятельствах, может привести к внезапному повышению уровня концентрации, особенно в тех случаях, когда больному при наличии нескольких заболеваний прописывают несколько разных лекарств. Стареющий организм обладает меньшей возможностью приспособления к таким изменениям. Уменьшение общего содержания жидкости в организме также играет определенную роль в распределении лекарственного препарата в тканях. С другой стороны, возрастающая замена паренхиматозной соединительной ткани приводит к увеличению кумуляции и изменению действия жирорастворимых препаратов (например, бензодиазепинов). Элиминация печеночная и почечная приносит вред. Далее, в старости приобретает значение измененная чувствительность тканей. С разрушением нейронов центральной нервной системы связана редукция рецепторов и уменьшенный объем нейромедиаторов.

Наряду с этими факторами имеет значение *обременительный режим приема* лекарств, а также тот факт, что вследствие множественности заболеваний в старости (полипатия) приходится считаться с самовольным приемом пациентами различных препаратов, который невозможно учесть. Этот прием охватывает анагетик, слабительные, транквилизаторы, противогриппозные средства и др. Симптомы непереносимости, которые появляются вследствие перекрестного действия этих медикаментов с назначенными врачом, могут провоцировать различные расстройства и стать причиной отмены необходимой терапии.

Выбор психотропного препарата для пациента преклонного возраста, учитывая все упомянутые обстоятельства, должен быть ориентирован не только на симптомы-мишени. В значительной мере должны быть учтены названные «факторы влияния»: соматическое состояние, прием других лекарств, не назначенных врачом, гастрономические привычки, ожидаемый профиль побочных явлений. Фармакологическое влияние применения психотропных препаратов на психопатологические симптомы часто оказывается значительно меньшим, чем ожидалось.

Кроме того, следует соблюдать основное правило: повышение дозировок должно быть постепенным, чтобы установить наименьшую лечебную дозу. Необходимо внимательно следить за появлением побочных явлений. Больному и его близким следует подробно рассказать о возможном побочном действии препарата. Симптомы непереносимости или побочные явления вынуждают врача к замене медикаментозного назначения или снижению дозировки. Комбинированных психофармакологических препаратов при описанных условиях следует избегать. И, наконец, нужно помнить о том, что действие психотропных препаратов в значительной мере зависит от взаимодействия личности больного и конкретной ситуации.

Антидепрессанты

Депрессивные синдромы составляют самую большую группу психических заболеваний у лиц преклонного возраста. Применение тимолептиков может быть рекомендовано при всех формах, будь то психотическая, психореактивная или невротическая депрессия или же одна из тех форм, которые часто являются предвестниками начала слабоумия. Решающим является то, что депрессия распознается и диагностируется как синдром, требующий лечения. Связь во времени наступления депрессии с экстрацеребральными заболеваниями указывает в этих случаях на необходимость диагностики интерниста и соответствующей терапии. Достойно упоминания и то, что антидепрессанты назначаются при тяжелых болевых синдромах как средства, облегчающие болевой резонанс.

При назначении лечения депрессивных состояний действуют общие правила, изложенные в соответствующей главе (см. с. 345). В зависимости от преобладающей ведущей симптоматики — заторможенности, ажитированности, страхе — применяются препараты, повышающие влечения (типа имипрамина), успокаивающие (типа амитриптилина) или снимающие страхи антидепрессанты.

В связи с тем, что у людей преклонного возраста особенно часто проявляются *побочные действия* тимолептиков, планирование терапевтического курса часто оказывается затруднительным. Осложняющими моментами являются слишком выраженное седативное действие, антихолинэргический и адренэргический эффект, а также появление осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Даже при начальной половинной дозе и осторожном ее дальнейшем повышении возможно появление побочных симптомов, которые могут быть столь резко выражены, что курс лечения должен быть прерван. Контроль кровяного давления и ЭКГ обязатель-

ны во всех случаях. Относительно часто во время лечения трициклическими антидепрессантами появляются делириозные состояния, даже на малых дозах. Они связаны с центральным холинэргическим и седативным действием этих препаратов.

Явления непереносимости часто вынуждают отказаться от стандартных препаратов из группы трициклических антидепрессантов и попробовать сделать выбор из широкого круга тимолептиков. Во многих случаях оптимальное назначение — это выбор, сделанный врачом-специалистом. В случае резистентности к проводимой терапии следует обратиться к судорожной терапии, которую можно применять и у лиц преклонного возраста, под наркозом и при одновременном назначении миорелаксантов. Этот метод дает меньше осложнений, чем прием тимолептиков. Об этом методе вспоминают только тогда, когда затяжное течение заболевания становится для больного и его близких особенно обременительным.

Дискутируется вопрос о показаниях для лечения трициклическими антидепрессантами состояний, характеризующихся дефицитом влечений в начальной стадии слабоумия и предшествующей ей (псевдо)неврастенической стадии. С другой стороны, учитывается, что антидепрессивное лечение может повлиять на возникающие позднее процессы слабоумия. При этом ссылаются на антихолинэргическое действие антидепрессантов и на тот факт, что функциональный дефицит холинэргических медиаторов, возможно, является одним из патогенетических факторов развития деменции.

Показанием для применения антидепрессантов являются также постремиссионные депрессии в рамках хронически протекающей шизофрении.

Для больных преклонного возраста выбирают антидепрессанты с минимальными побочными действиями. При ажитированно-тревожных депрессиях предпочтение отдается препарату Doxepin (Sinquan, Aponal) в связи с его, по-видимому, несколько меньшим сердечно-сосудистым и антихолинэргическим побочным действием, чем у амитриптилина. При депрессиях с заторможенностью, при почти одинаковом антидепрессивном эффекте, препарату Dibenzepin (Noveril) приписывается меньший кардиотоксический эффект, чем имипрамину и соответствующим трициклическим антидепрессантам. В отношении новейших антидепрессантов, их действия и спектра вызываемых ими побочных явлений мнения расходятся. Тетрациклические антидепрессанты, такие, как Maprotilin (Ludiomil), предпочтительно назначаются больным преклонного возраста благодаря их меньшему антихолинэргическому действию. То же относится и к препарату Trazodon (Thombran) и Viloxazin (Vivalan). Так или иначе, в последнее время увеличилось число сообщений о нежелательных побочных действиях антидепрессантов нового поколения, так что многие врачи вновь обратились к хорошо известным стандартным препаратам.

Биполярно протекающие аффективные психозы и психотические депрессии, при которых подтверждены частые и наступающие непосредственно друг за другом фазы, должны стать основанием для постановки вопроса о тимопрофилактике у больных преклонного возраста при более низком уровне в крови, чем у лиц среднего возраста (0,5–0,8 m.val/l). По обе стороны этих границ легко могут возникнуть такие побочные явления, как полиурия, полидипсия, атаксия, дизартрия и спутанность. Если назначаются диуретики, то необходим регулярный контроль уровня электролитов. Желательно наблюдение за функцией щитовидной железы (зеркало T-3).

Нейролептики

Галлюцинаторно-параноидные клинические картины, независимо от причин их формирования, хронически протекающие шизофрении и их исходные состояния, а так-

же клинические картины психомоторного возбуждения могут и в старости быть показанием для применения лечения нейролептиками. *Побочные явления* и опасность появления дополнительных длительных нарушений еще больше, чем при применении антидепрессантов. Поэтому проведение лечения нейролептиками требует внимательного наблюдения. Медикаменты действуют сильнее и дольше. В числе утяжеляющих состояния побочных действий следует упомянуть понижение кровяного давления, за которым может последовать коллапс, сосудисто-мозговую недостаточность, которая проявляется в форме спутанности, а также ишемию миокарда и мозга. Нарушение сердечного ритма и сопровождающие его антихолинергические проявления (повышение внутриглазного давления, понижение тонуса кишечной и пузырной мускулатуры) являются угрожающими осложнениями. Возможна также провокация делирия, хотя значительно реже, чем при лечении антидепрессантами. Центральные побочные явления — это хорошо известные экстрапирамидные двигательные синдромы гипер- и гипокинетического характера, причем гиперкинетические расстройства встречаются реже. Поздние дискинезии у старых людей могут появляться и после непродолжительного проведения терапии. Если эти явления нарастают, то в глаза бросаются выраженные хореатические движения, в первую очередь в области рта и лицевых мышц. Обсуждается вопрос о том, способствует ли применение антипаркинсонных средств в дополнение к нейролептикам возникновению поздних дискинезий. Необходимо также следить за состоянием белой крови и за возможными нарушениями функции печени (внутренний холестаз и возможность тромбоза). Могут появиться церебральные судорожные припадки. Остается спорным вопрос о том, оказывают ли нейролептики влияние на начинающиеся признаки деменции. При психомоторно-ажитированных органических поражениях головного мозга успокоение может способствовать компенсации интеллектуальной недостаточности. При апатико-депрессивно окрашенных формах деменции седативный эффект препаратов может обусловить ухудшение функциональных возможностей больного.

Лечение состояний спутанности в позднем возрасте часто очень затруднено, так как патофизиологические механизмы, лежащие в их основе, неизвестны. В первую очередь необходимо обследование состояния сердечно-сосудистой системы, содержания электролитов. Для достижения седативного эффекта в первую очередь используется Chloralduurat, паральдегид и, прежде всего, Distraneurin. Показания к применению нейролептиков в этих случаях очень ограничены ввиду осложнений, обусловленных их побочными действиями.

Транквилизаторы и снотворные

Непсихотические состояния беспокойства, агрессивная раздражительность, невротические синдромы различной степени выраженности, состояния страха и нарушения сна составляют спектр показаний для назначения транквилизаторов. При этом важнейшую роль играют бензодиазепины. Они и их активные производные имеют в организме больных преклонного возраста значительно больший период полураспада (Diazepam и Demethildiazepam — 150 часов вместо 50), а это означает, что при стандартной дозировке они значительно кумулируют. А Oxazepam и Lorazepam выделяют-ся быстро и неизменными.

Производные бензодиазепина отличаются широким спектром действия и большим терапевтическим диапазоном. У пациентов старческого возраста они, даже при относительно низкой дозировке, часто приводят к ряду побочных явлений. На пер-

вом месте находится гипотония, которая может вызвать центрально обусловленный дефицит кровоснабжения головного мозга с последующей спутанностью. Нарушение походки и атаксия вызываются центральными механизмами и в связи со снижением мышечного тонуса. Наряду с этим наблюдаются запоры, задержка мочи, а также парадоксальные реакции, например ажитированность, раздражительность, бессонница. Следует обратить внимание на то, что бензодиазепины могут вызывать лекарственную зависимость и у престарелых пациентов. Поэтому их можно назначать только на короткое время. Кроме того, ввиду привыкания, уже через семь дней препарат теряет свое лечебное действие. В качестве медикаментов, с помощью которых возможно бороться с состояниями спутанности и возбуждения, бензодиазепины вряд ли могут быть использованы из-за их «изнашивающего» действия на кровоснабжение мозга.

Наряду с бензодиазепинами известную роль до сих пор играют седативные препараты антигистаминовой группы (Diphenhydramin, Hydroxyzin). Они меньше снижают кровяное давление, но обладают более выраженным антихолинэргическим действием. Барбитураты устарели. Иногда полезен хлоралгидрат, так как он не вызывает ни пристрастия, ни привыкания.

Нарушения сна у престарелых. Если исключаются причины нарушения сна, которые возможно было бы лечить каузально, а все остальные известные методы терапии этого симптома исчерпаны, следует подумать в первую очередь о лечении таким препаратом, как Clomethiazol (Distraneurin). Можно также использовать хлоралгидрат и паральдегид. Для восстановления нарушенного сна в преклонном возрасте не стоит прибегать к нейролептикам ввиду большого числа вызываемых ими побочных явлений. Также противопоказаны и барбитураты. Если все же есть необходимость прибегнуть к бензодиазепинам, то речь может идти о препаратах с коротким периодом полураспада (Oxazepam). Восстановление нарушенного ритма день—ночь иногда удастся с помощью назначения на утренние часы (но при необходимости и на вечер) кофеина. Важно умело активизировать пациента в течение дня. Нарушения сна, которые являются выражением депрессивного заболевания, следует лечить успокаивающими антидепрессантами.

Ноотропы (Antihypoxidotika)

Речь идет о субстанциях, которые препятствуют церебральному «гипоксидозу» или должны повлиять на состояние недостаточности различного характера в центральной нервной системе. В зависимости от механизма действия различают метаболически активные, реологически активные, осмо- и онкотерапевтические, антитромботические, вазоактивные и непрямого действия препараты группы Antihypoxidotika. Эти препараты применяются при органическом психосиндроме. О характере действия этих энцефалотропных субстанций ведутся споры. При современном состоянии науки эти препараты не могут составлять основу стандартной терапии. Трудность их применения заключается в том, что они играют роль «алиби» и дают повод пренебречь нужными психотерапевтическими методами и лечением средой. Каузальной терапии заболеваний любого генеза, приводящих к слабоумию, в настоящее время не существует.

Основные правила фармакотерапии в старости:

обследование соматического состояния больного;
предпочтение отдается каузальной терапии;
при назначении психофармакотерапии ревизия профиля побочных действий и их оценка (взвешивание пользы—вреда—риска);

- изучение взаимодействия с другими препаратами;
- выяснение предпосылок оптимального сочетания препаратов;
- разъяснение пациенту и его близким ожидаемых побочных действий;
- осторожное начало с минимальных доз и частый контроль;
- постоянный контроль необходимости продолжения лечения.

Появившиеся побочные эффекты являются поводом для пересмотра медикаментозного режима, а не для расширения медикаментозно-терапевтической полипрагмазии.

Психо- и социотерапия

Геронтопсихиатрия прибегает к использованию психотерапевтических методов и лечению средой в той мере, в какой она дистанцируется от дефицитарной модели старости.

Среди психотерапевтических направлений наименьший вклад в понимание и лечение старческих нарушений внесен глубиннопсихологическими и психоаналитическими методами. Только в последнее время выявилась готовность к развитию отдельных видов терапии больных преклонного возраста. Психотерапия для престарелых, в зависимости от их потребностей, проблем и способностей воспринимать, означает специально приспособленный защищающий, поддерживающий и рационально-терапевтический метод. Симптомы и личность пациента определяют выбор техники.

Поддерживающая терапия нацелена на то, чтобы стимулировать и подстегнуть сохранившиеся способности, по возможности поддержать противостояние этих здоровых элементов психики тем дефицитам и выпадениям, которые обусловлены старостью, противостоять регрессивным тенденциям. Поддерживается стремление к восстановлению той структуры, которая, будучи обусловленной болезнью, ведет к нарушению поведения. С большой долей вероятности можно говорить о том, что большая часть психических расстройств в старости, обусловленных переживаниями, могут поддаться психотерапевтическим методам и дать улучшение особенно тогда, когда к терапии привлекаются близкие больному люди. Беседа с больным обнаруживает его самоунижение, чувство одиночества, безнадежности и страхи, которые часто сконцентрированы на собственном организме. Такая беседа направлена на защиту «Я», и каждое «подстегивание» пациента оказывается для него мучительным.

При психотерапевтическом подходе к больным, которые страдают депрессивным синдромом, действует правило, уже упомянутое в другой главе (см. с. 352 след.). Продолжительность лечения должна быть ограниченной, но больному должна быть предоставлена возможность обратиться к психотерапевту в случае появления новых проблем.

Особенно важна **поддерживающая психотерапия** при депрессивных расстройствах настроения, которые часто связаны с началом деменции и проявляются в связи с тем, что больной переживает ограничение отдельных функций при сохранной критике и осознании себя. Чем раньше этот процесс будет охвачен психотерапевтическими мерами, тем эффективнее удастся защитить пациента от сверхнагрузок, декомпенсирующих его состояние. Следует подумать и о том, что ограничение функций в начале деменции может быть замедлено простыми приемами аутотренинга.

Поведенческая психотерапия больных с церебральной недостаточностью приобретает все большее значение. Возможности пациента вести себя адекватно зависят от множества структур окружающего мира. Поэтому в таких случаях может помочь подход, стимулирующий элементарные возможности обучаемости, выравнивания дефицитов. Применение методов повседневной терапии ориентировано на симпто-

мы и нарушения поведения и зависят от нозологической принадлежности заболевания. Слишком жесткие программы, описанные в литературе, справедливо вызывают скептическое отношение, так как они таят в себе опасность расслабляющих манипуляций: старый человек более беззащитен в отношении этих методов, чем более молодой. Интересы персонала и родственников больного могут быть при этом легко определены.

Когнитивные психотерапевтические методы рассматриваются как обещающие успех, как и поведенческие методы, при хронических депрессивных заболеваниях, т. е. при частых и сопровождаемых высокой степенью риска последствиях.

При стационарном лечении больных преклонного возраста речь идет о том, чтобы полностью использовать потенциал клинической обстановки. Терапия окружающей средой, оборудование, организационные структуры и процессы взаимодействия должны быть построены таким образом и так отрегулированы, чтобы одновременно активизировать больного и выявить его психотическую дезинтеграцию. Больных необходимо привлекать к принятию решений в рамках их возможностей. Они должны выполнять в стационаре свои привычные функции, утраченные в течение болезни. Терапевтически эффективными являются групповые занятия, в которых ставятся различные цели, трудовая терапия, а также задания, которые больной должен выполнить вне стационара. Необходимо найти подходы к восстановлению нарушенного равновесия между поддерживающими структурами и терапевтическими методами, стараться преодолеть регрессию и придать новую ориентацию в обстановке, приближенной к реальной. Важно то, что все программы тренинга должны быть приспособлены к возможностям больного, и продвижение должно осуществляться маленькими шажками. Способность к обучению у больных преклонного возраста часто недооценивается, так же как и возможность влиять на поведение больного целенаправленными социальными стимулами. Следует также обратить внимание на скромные, а иной раз шокирующие методы «самолечения», которые применяют сами больные с намерением добиться компенсации переживаемых ими расстройств.

Семейная терапия

Привлечение к терапии больных преклонного возраста, их близких и лиц из социального окружения обязательно. При стационарном лечении близкие больного должны поддерживать с ним тесный контакт. Предпосылкой для такого контакта является возможность посещения больных в любое время. Все запланированные мероприятия должны получить развитие при непосредственном участии семьи. Даже в тех случаях, когда выписка больного из стационара и его возвращение в семью остается под вопросом из-за позиции родственников, такое их решение часто сопровождается чувством вины перед больным. И этот шаг членов семьи необходимо с ними обсудить. После выписки из стационара пациент не должен потерять чувство принадлежности к своей семье.

Стационарная помощь больным преклонного возраста в том виде, в каком она существует в приютах и пансионатах старого образца, неэффективна. Такие приюты могут превратиться в настоящие гетто, в скопление отверженных, у которых повышается напряженность аффектов. Эти структуры формируются бессмысленными и чуждыми действительности порядками и регламентированием, которые далеки от гуманных и способствуют развитию пассивности у больных. Новые направления доказывают, что так не должно быть.

Госпитализации следует по возможности избегать. Это соответствует интересам большинства старых людей, а также народнохозяйственным интересам. Дневные стационары, дневные клиники, учреждения, обеспечивающие посещение престарелых на дому, социально-психиатрические консультации, клубы для лиц преклонного возраста и подобные им структуры способны создать предпосылки для спокойного проживания старого человека в привычной для него среде в своей квартире. Возможность оказания помощи престарелым в соответствии с Федеральным законом (BSHG), консультирование по всем вопросам больных и их близких остается задачей лечащего врача, по крайней мере до тех пор, пока службы, обеспечивающие помощь престарелым, не выйдут из начальной стадии своего развития.

Если госпитализации все же не удается избежать, она должна быть своевременно предусмотрена и осуществлена, для того чтобы облегчить старому человеку «внедрение» в новую для него обстановку. Госпитализация может оказаться необходимой на короткий срок, для того чтобы дать членам семьи небольшую передышку от утомительного ухода за больным.

Несомненно, еще много предстоит сделать в области социальной психиатрической помощи старикам; очевидно и то, что существующие в настоящее время возможности — это лишь неотложные меры, которые способны только спровоцировать антисоциальное поведение, параноидные и депрессивные реакции. Следует подумать и о привлечении к терапии групп самопомощи («серые пантеры»).

Участие социальных работников, доставка «еды на колесах», помощь в выяснении пенсионного обеспечения, приспособление жилья к нуждам стариков и уход за квартирой силами службы уборки и т. д., подключение к амбулаторным группам стариков, контакт с социально-психиатрическими консультациями и стационаром социальной помощи, подключение к группам посещения — вот меры, которые могут предотвратить госпитализацию.

Правовые нормы

В ситуациях, когда состояние больного создает опасность для его жизни или вследствие спутанности и агрессивности больного имеется опасность для окружающих, может понадобиться недобровольная госпитализация, разрешенная Федеральным законом о психиатрической помощи. Для обеспечения лечения и защиты имущественных интересов больного, как правило, достаточно сотрудничества различных практических групп: группы ухода за немощными, ухода за госпитализированными и т. д. По возможности следует предотвратить тяжело переживаемое старыми людьми как дискриминацию лишение их дееспособности. Необходимо следить за тем, чтобы соблюдались все правовые нормы, при которых пациента лечили бы и давали ему необходимые разъяснения, даже если он вследствие слабоумия не способен к волеизъявлению. У больных со спутанностью и деменцией, как правило, утрачены способность к деятельности и осмыслению ситуации.

При совершении правонарушения больными с церебральной органической недостаточностью нужно исходить из их невменяемости.

ЛИТЕРАТУРА

- Oesterreich K.: Psychiatrie des Alterns. UTB Quelle & Meyer, Heidelberg 1981.
Oswald W.D., W.M. Herrmann, S. Kanowski, U.M. Lehr, H. Thomas: Gerontologie — Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Kohlhammer, Stuttgart 1984.

46 Депрессивные синдромы*Цель обучения*

Знание распределения депрессивных синдромов по причинам их возникновения и клиническим проявлениям; основ диагностики депрессивных клинических картин; эпидемиологических и статистических моделей классификации; концепции этиологии депрессивных синдромов.

Классификация:

МКБ-9: 296 — аффективные психозы

300.4 — депрессивные неврозы

DSM III: 296 — типичные аффективные расстройства

301 — другие специфические аффективные расстройства

Определение понятия и классификация

Депрессивные заболевания относятся к наиболее частым психическим расстройствам. Их клиническая картина изменчива. Им присущи различные формы проявления и течения. Их диагностика и систематизация представляют для врача значительные трудности. Отграничение депрессивных синдромов, требующих лечения, от нормальных психологических состояний подавленности как реакции на утрату и боль не всегда просто.

Понятие «депрессия» используется для описания широкого круга расстройств переживаний, самочувствия и поведения. Угрозы искажения этого понятия можно избе-

жать только тогда, когда принимается во внимание, что должны быть строго разграничены три терминологических уровня, к которым применяется обозначение «депрессия». На *симптоматологическом уровне* подразумевается состояние нарушения аффекта, подавленность, угнетенность. На *синдромологическом уровне* — закономерная комбинация эмоциональных, познавательных, двигательных и сомато-вегетативных расстройств. Депрессия как *нозологическое определение* предполагает не только определенное болезненное состояние, которое может принимать изменчивый профиль, но включает также представление о характере клинической картины депрессии, причинах, течении, прогнозе и показаниях для терапии.

Во избежание путаницы в понятиях было предложено вместо того, чтобы говорить о депрессиях на всех уровнях дефиниции, употреблять такие обозначения, как «*депрессивное настроение*» — если речь идет о симптоме, «*депрессивный синдром*» — если имеется ввиду комплекс симптомов, или употреблять более точный нозологический термин, например «*биполярный аффективный психоз*», «*органическая депрессия*».

Депрессивное состояние распознается всегда по наличию симптомов, затрагивающих различные стороны личности, субъективных переживаний и объективно наблюдаемого поведения. *Психические, психомоторные, соматические* нарушения в разнообразных комбинациях и разной степени выраженности, а также в *социальных последствиях* болезненного состояния характеризуют лицо болезни в каждом отдельном случае.

Таким образом, депрессию следует рассматривать как симптоматологически ориентированное сверхпонятие. В связи с тем, что депрессивные синдромы являются следствием многообразных, часто разнородных причин и их клинические картины варьируют, встает вопрос о необходимости упорядочения этого многообразия. Ни в одном другом разделе психиатрии усилия по *классификационному упорядочению* не велись так интенсивно, как в разделе, охватывающем депрессию. А это нередко приводило к терминологическим и, тем самым, к диагностическим трудностям, так как старые классификации еще продолжают существовать наряду с новыми.

С одной стороны, депрессии распределяются по их *клиническим проявлениям (феноменологическому признаку)*. При этом игнорируются причины и механизмы, лежащие в их основе и вызывающие их. По тому, в какой сфере находится синдромальный акцент — в аффективной, психомоторной или соматической — различаются *заторможенно-апатические, тревожно-ажитированные, тревожно-заторможенные и ларвированные*, т. е. замаскированные, депрессии. При такой группировке в первую очередь обращается внимание на характер психомоторных расстройств. Структура отдельных клинических картин будет изложена ниже при описании депрессивных психозов.

Феноменологическое разграничение депрессий представляет для врача первоочередную задачу. Ее удастся решить при наличии некоторой диагностической практики, что предоставляет возможность сделать первые терапевтические назначения. При большинстве депрессий, требующих лечения, показана фармакотерапия антидепрессантами, применение которых ориентировано в первую очередь на клинические проявления депрессивного синдрома (см. с. 345).

Более трудной, чем феноменологическая классификация, а также более спорной является классификация депрессий по причинам и условиям их возникновения, т. е. *нозологическая классификация*. Расстройства могут развиваться из душевных переживаний, основы которых заложены преимущественно в реакциях больного на определен-

ную травмирующую ситуацию или таятся в его биографии и структуре личности (*психогенные депрессии*). Кроме того, могут отсутствовать эти или другие клинически устанавливаемые причины, хотя расстройство достигает психотического уровня (*эндогенные психотические депрессии*). Следующая группа находится в причинной связи с соматическими заболеваниями (*соматогенные депрессии*). В качестве основного принципа нозологической классификации депрессий напрашивается следующая схема:

1. Психогенные депрессии:

- реактивные (реакции на стресс, психореактивные депрессии);
- невротические депрессии;
- депрессивные развития и депрессивные личности.

2. Эндогенные депрессии:

- периодические депрессии с исключительно депрессивными фазами (монополярные);
- циклические депрессии с регулярно или нерегулярно следующими друг за другом депрессивными и маниакальными фазами (биполярные);
- депрессии в возрасте «обратного развития» («инволюционные депрессии»);
- шизофренические депрессии.

3. Соматогенные депрессии:

- органические депрессии (причиной которых являются структурные изменения в головном мозге);
- симптоматические депрессии (сопровождающие или являющиеся следствием соматических заболеваний за исключением органических заболеваний головного мозга; напр. при нарушениях обмена, интоксикациях и др.).

Эти нозологически важные типы можно уложить в систему координат с осями «соматогенно» — «психогенно», как это показано на рис. 4 (Кильхольц, Kielholz).

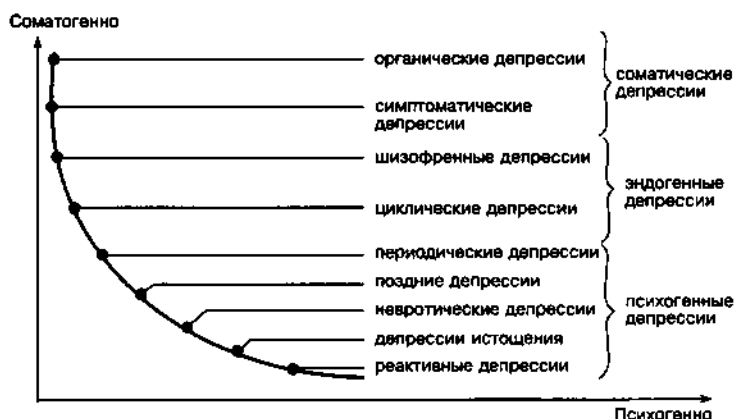


Рис. 4. Нозологически важные формы депрессии (по Kielholz)

Нозологическая диагностика депрессивных состояний предполагает знание течения болезни, наследственных факторов, условий (особенностей) развития, преморбидной личности и биографии пациента, анализ многочисленных соматических и психопатологических обследований, а также анализ профессионального, социального и семейного статуса, на фоне которого развилось заболевание.

В то время как отграничение соматогенных депрессий от других нозологических форм осуществляется относительно просто и подтверждается наличием соматичес-

кой патологии и развитием депрессии в определенной связи с последней, должны быть учтены и предрасполагающие личностные особенности, а также и ситуативные факторы. При этом разделение оставшихся депрессивных состояний на две группы — эндогенные и психогенные — вызывает в настоящее время большие сомнения.

Для этих сомнений имеется ряд существенных оснований. С одной стороны, это неприятие термина «эндогенный», который включает и этиологическую принадлежность, и понимание столь характерных для данного заболевания психотических переходов. Чем обстоятельнее изучаются жизненная ситуация и личность заболевшего, привлекая на помощь средства понимания, разработанные психиатрией с момента принятия концепции понятия «эндогенный», тем чаще прослеживаются смысловые связи и тем отчетливее выступают специфические пусковые и формирующие клинику ситуации. Становятся относительными и иные критерии, которые в течение длительного времени привлекались для дифференциальной диагностики эндогенных и психогенных депрессий. Так, для лиц, заболевших эндогенными депрессивными расстройствами, признана типичной определенная структура преморбидной личности (*typus melancholicus* по Телленбаху), свойственная в широком смысле также характеру личности и поведению лиц, склонных к развитию невротических депрессий. Эти и другие взгляды допускают дифференциально-диагностически отнести каждый отдельный случай к тому или другому типу, но не имеющему отношения к соматогенному депрессивному типу.

Поэтому при попытке создания классификации (особенно в англоязычных странах) обнаруживается стремление к переходу от применяемого в настоящее время двухмерного диагноза к более многомерному. В DSM III «типичные аффективные расстройства» с полным аффективным синдромом противопоставляются «другим аффективным расстройствам» с частичным аффективным синдромом продолжительностью не менее двух лет и «атипичным аффективным расстройствам». Таким образом, при приведенном выше разделении не принимаются во внимание этиологические различия — эндогенные и экзогенные.

Диагностика

Распознавание депрессивных синдромов затруднено в связи с тем, что при этих заболеваниях не существует обязательных *ведущих симптомов*, что ни один из наиболее часто встречающихся симптомов не является типичным и что почти все встречающиеся в рамках депрессивных расстройств психические и соматические нарушения могут быть обнаружены и при других болезненных состояниях.

Только у части депрессивных личностей наблюдаются *симптомы* на всех трех упомянутых уровнях (психическом, психомоторном, соматическом), которые могут рассматриваться как определяющие диагноз. *Психопатологические феномены* включают беспричинную тоску, страх, чувство вины, притупление чувств, заторможенность мышления, навязчивости, нарушение внимания, чувство безнадежности, собственной неполноценности, отращения к жизни. В *области побуждений* отмечаются ажитированность, апатическая заторможенность, неспособность к принятию решений, потеря интересов. В числе *соматических, вегетативных и витальных* симптомов следует назвать колебания состояния в течение дня, расстройства сна, раннее пробуждение, потерю аппетита, снижение либидо, нарушение функций различных органов и жалобы на расстройство функций всех органов и систем при отсутствии клинического подтверждения патологических изменений, а также жалобы на диффузные физические расстройства, которые заставляют думать о наличии депрессивного фона. Во многих случаях весь спектр жалоб депрессивного больного с трудом поддается

пониманию, так как не соответствует симптоматике «утраты» — утраты способности получать удовольствие, утраты трудоспособности, трудностям в общении, потере решительности, пониженной самооценке.

Спектр депрессивных проявлений распространяется, однако, значительно дальше, и конstellация психических и соматических симптомов довольно часто выстраивается так, что правильный диагноз устанавливается только после долгого следования по ложному пути. Сколь часты депрессии всевозможных разновидностей, зависящие от самых разнообразных причин, столь же неудовлетворительно они диагностируются и лечатся.

Особые диагностические трудности представляют те формы, при которых вегетативная и соматическая симптоматика предстает как самостоятельная, а характерные психопатологические проявления отступают на задний план. Пациенты с *ларвированными или замаскированными депрессиями*, у которых центр тяжести заболевания перемещается в направлении психосоматических нарушений функций, часто становятся жертвами сомато-медицинской гипердиагностики и избыточных терапевтических мероприятий, а также полипрагмазии как следствия терапевтической беспомощности.

Первый шаг в преодолении трудности, которую представляет диагностика депрессии, состоит в том, чтобы чаще думать о возможности наличия депрессии у пациента и о ее многообразии. Особенно существенные параметры депрессивных расстройств выявляются по предложению Kielholz набором из десяти вопросов, которые задаются — не обязательно в приведенной форме, но в приближенной по содержанию — при первой диагностической беседе с пациентом, у которого предполагается наличие депрессии:

1. Способны ли Вы радоваться?
2. Трудно ли Вам принимать решение?
3. Есть ли у Вас интерес к чему-нибудь?
4. Склонны ли Вы в последнее время задавать себе бессмысленные вопросы?
5. Не одолевает ли Вас мысль о том, что Ваша жизнь лишилась смысла?
6. Чувствуете ли Вы себя усталым, обессиленным?
7. Есть ли у Вас нарушения сна?
8. Испытываете ли Вы какие-нибудь боли, тяжесть (давление) в груди?
9. Снизился ли у Вас аппетит, потеряли ли Вы в весе?
10. Есть ли у Вас трудности в сексуальной сфере?

В отдельных трудных случаях помощь в диагностике могут оказать разработанные в последнее время клинической психологией *наборы тестов и вопросников* (оценочная шкала, шкала самооценки, шкалы для оценки самочувствия, вопросник для изучения личности). Они могут оказаться полезными при научных исследованиях вариантов течения заболевания. Но в повседневной практике врач в такой же мере извлекает нужную ему информацию, вчувствовавшись в переживания пациента и зная варианты депрессивных расстройств, руководствуясь целенаправленной диагностической беседой.

Частота депрессивных заболеваний

Статистические и эпидемиологические данные о распространенности и частоте депрессивных заболеваний колеблются в широком диапазоне и зависят от метода ис-

следования и дефиниции депрессии, которые положены в основу исследования. От 3 до 44 % населения обнаруживают депрессивные расстройства, в зависимости от того, учитываются ли только затяжные психотические депрессии или также преходящие легкие расстройства настроения. Согласно исследованию Midtown-Manhattan, депрессивные симптомы выявлены у 23,6 %, а по исследованию, предпринятому ВОЗ в начале 70-х гг. частота депрессий составила 3–4 %, что в расчете на все население земли означает, что от 120 до 160 миллионов людей страдают депрессивными расстройствами, требующими лечения. Есть все основания считать, что этот коэффициент частоты заболеваний имеет тенденцию к росту.

Жизненный риск, т. е. шанс по меньшей мере один раз в жизни заболеть депрессивным расстройством, требующим лечения, составляет до 10 % (5–9 % у мужчин, 8–18 % у женщин), а для более узкого круга психотических депрессий — около 1 %. Вершина вероятности заболевания приходится на возраст между 40 и 59 годами. 43 % депрессивных больных лечатся у врачей общей практики, 46 % — у психиатров и только 11 % помешаются в психиатрические клиники, что заставляет нас признать значение проблемы оказания медицинской помощи депрессивным больным в рамках непсихиатрических служб.

В пользу такой позиции говорит отчетливый рост диагностирования депрессивных синдромов в последние десятилетия. С большой долей вероятности (данные сравнительных исследований не учитываются) можно говорить об утяжелении психогенных и соматогенных форм. В то же время удельный вес психотических депрессий с годами меняется мало. Обязательно должны учитываться определенные пусковые механизмы и отягчающие факторы, которые имеют значение в развитии заболевания. В связи с ростом продолжительности жизни увеличивается группа населения, которая в наибольшей степени предрасположена к развитию депрессивных заболеваний. Должны быть приняты во внимание также изменения психосоциальной структуры в индустриальном обществе, которые являются поводом к развитию депрессий (психосоциальный стресс, социальная изоляция, одиночество, вынужденное перемещение с постоянного места жительства, семейная дезинтеграция). Злоупотребление наркотиками и сильнодействующими веществами, и прежде всего лекарственными препаратами, играет определенную роль для значительной части пациентов. С другой стороны, следует исходить из того, что неправильное поведение, связанное со злоупотреблением лекарствами как негодной попыткой самолечения, встречается чаще у больных, у которых депрессивные расстройства появились впервые.

Рост числа депрессий отчасти обусловлен тем, что в настоящее время заболевание распознается раньше и лечение его начинается раньше, чем в прошлом. Сюда же следует отнести улучшение уровня и качества информации и знаний о расстройствах психики, повышение «требований к состоянию здоровья» каждого отдельного человека, что позволяет ему воспользоваться медицинской помощью. Депрессии, в отличие от других психических заболеваний, считаются исключительно «общественно значимыми». Возможности устранить сдерживающие механизмы и препятствия, использовать консультации специалиста-психиатра и лечение обеспечиваются в настоящее время улучшением работы психиатрических служб в большинстве стран.

Возникновение депрессий

Традиционное разделение депрессий на психогенные, соматогенные и эндогенные отражает уровень знаний в прошлом о многообразии причин, механизмов и спосо-

бов их возникновения. Не существует всеобъемлющей модели, которая могла бы удовлетворительно представить формирование всех форм этого заболевания. Изучение депрессий породило большое число гипотез, теорий и находок, которые внесли свой вклад в понимание причин и условий возникновения болезни, а также в каузальную терапию.

Биолого-психиатрические принципы объяснения

Генетические исследования позволили установить, что наследственные факторы оказывают влияние на частоту и характер отдельных депрессивных синдромов и что по этому признаку возможно разграничить подгруппы депрессий. Это в первую очередь касается моно- и биполярных депрессий, протекающих в форме фаз и циклов. Для пациентов с монополярно и, особенно, биполярно протекающими аффективными психозами повышенный риск заболевания родителей, братьев и сестер весьма ощутим. У родственников больных, страдающих монополярными депрессиями, встречаются почти исключительно монополярные депрессивные заболевания. В семьях больных с биполярными формами болезни встречаются и биполярные, но чаще монополярные заболевания. Исследования близнецов показывают отчетливые нозологические различия между кругом монополярно и биполярно протекающих депрессий. При всех депрессивных заболеваниях следует исходить из взаимодействия генетических, т. е. наследственно заложенных, и внешних факторов. До настоящего времени не выяснен вопрос о том, что же именно передается по наследству и каким образом внешние факторы взаимодействуют с этой изначальной предрасположенностью, формируя картину болезни.

Биологическая психиатрия выдвинула ряд гипотез, в соответствии с которыми причиной депрессий является дефицит или патологически измененное равновесие нейротрансмиттеров. К числу имеющих значение относятся катехоламины, такие, как норадреналин и допамин, а также серотонин, т. е. субстанции, ведающие передачей возбуждения на синаптическом уровне.

Нейроэндокринология также указала на бросающиеся в глаза связи между психическими симптомами при депрессиях и вегетативными нарушениями функций, которые подтверждают участие гипоталамической и лимбической регуляции, и на то, что изменения, сопровождающие депрессии, свидетельствуют о задействовании нейроэндокринных структур, хотя при этом остается открытым вопрос, в какой мере эти изменения являются причиной или следствием болезненного процесса. То же можно сказать о нейропсихофизиологических, а также об электроэнцефалографических исследованиях. Тот факт, что депрессивные симптомы складываются в определенные ритмы и фазы, натолкнул и на необходимость проведения *хронобиологических* исследований. При этом в одной группе депрессивных заболеваний были выявлены феномены десинхронизации различных биологических ритмов, которые связывают с врожденной недостаточностью механизмов синхронизации. Предполагают, что подобные нарушения ритма, независимо от причин их возникновения, вносят свой вклад в поддержание патологического процесса. Таким образом, подтверждается, например, показание для лечения психотических депрессий депривацией сна.

Успехи биологической психиатрии оказали помощь в разграничении отдельных подгрупп депрессивных симптомов и таким образом приобрели терапевтическое значение. В связи с тем, что до сих пор не установлено, в какой мере они являются

причиной или следствием болезненного процесса, возможности объяснения природы и закономерностей развития депрессивных состояний остаются ограниченными.

Психологические и социологические модели объяснения

Биолого-психиатрическим гипотезам возникновения депрессий противостоит ряд *психологических, глубиннопсихологических и социологических попыток объяснения. Психология личности* всегда уделяла внимание описанию типов личности, у которых имеется склонность к развитию депрессий, и особенно депрессивных психозов. Из этого изучения выросла концепция Кречмера о циклотимных личностях. Телленбаху (Tellenbach) принадлежит подробное описание структуры преморбидной личности депрессивных больных, у которых он выделил ряд характерологических особенностей. Лицам, относимым к *typus melancholicus*, свойственны упорядоченность, навязчивости, обязательность, а в социальной сфере — тенденция к тесным симбиотическим межличностным отношениям, которые в значительной мере удаются благодаря прилагаемым ими усилиям. Этим людям трудно принимать какое-либо решение или позволить сделать себе подарок, не испытывая чувства вины и самообвинения. В общественной жизни они проявляют себя как добросовестные, ответственные, держащиеся в тени партнеры. Исследования в области анализа факторов в значительной мере смогли доказать эту концепцию и, кроме того, показать близость этих структур к депрессивному характеру в смысле психоаналитической теории личности. Психоанализ представляет нам свою *психодинамическую* концепцию формирования депрессивных проявлений, которая помогает понять как психотические, так и невротические депрессии. В психологии *когнитивные и предназначенные для обучения модели* играют все большую роль при исследовании депрессий. Специфические формы самовосприятия и восприятия окружающего мира больными, находящимися в состоянии депрессии, могут иллюстрировать эту концепцию и формируют основу для методов поведенческой терапии. Здесь депрессия понимается как познанная, постоянно подтверждаемая в межличностных отношениях модель. Вообще, новейшие подходы к интерпретации обнаруживают возрастающее стремление понять депрессивное поведение как следствие жизненных обстоятельств и преддверие болезни и соответственно этому избрать терапевтическую тактику. Что касается полноты картины зачастую весьма разнородных переживаний, то очень важно никогда не выпускать из вида, что в поле зрения попадают постоянно только какие-то отдельные аспекты комплекса, именуемого депрессией, и они-то подвергаются анализу и объяснениям. Таким образом, до настоящего времени не удалось создать ни всеохватывающую психологическую теорию формирования депрессий, ни интегративную биологическую концепцию. Не было недостатка и в усилиях определить место различных факторов влияния и построить на этом фундаменте всеобъемлющую гипотезу. Но и это не удалось. Большое внимание привлекают и сейчас разработки, представленные в 1975 г. Akiskal и McKinney, в которых делается попытка совместить психические и биологические факторы, с одной стороны, с современными предрасполагающими, с другой. В число биологических факторов мы включаем наследственное предрасположение и физиологические стрессоры, а в число психологических — психосоциальные стрессовые переживания и влияния на условия развития. Эти факторы при их суммировании приводят к изменению функций биогенных аминов и к нарушению содержания нейромедиаторов, что, в свою очередь, приводит к далеко еще не ясному в своих деталях нарушению функций диэнцефальной области, выражением которых является развитие депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

- Helmchen H., M. Linden: Depressive Erkrankungen. In: H.E. Bock, W. Gerok, F. Hartmann: Klinik der Gegenwart. Bd. 11. Urban & Schwarzenberg, München 1980.
- Haase H.J.: Depressive Verstimmungen. Schattauer, Stuttgart 1980.
- Akiskal H.S., W.T. McKinney: Overview of recent research in depression. Arch. Gen. Psychiat. 32 (1975) 285–305.

47 Депрессивные реакции и личности*Цель обучения*

Знание дифференциально-диагностического разграничения различных форм психогенных депрессий от эндогенных и соматогенных; структуры и симптоматики депрессивных реакций, характеропатий и неврозов и основных путей терапевтического ведения психогенно-депрессивных больных.

Классификация

- МКБ-9: 301.1 — циклотимная личность
 300.4 — депрессивный невроз
 307 — преходящие кратковременные расстройства, находящиеся в зависимости от ситуационных влияний
- DSM III: 309.00 — реакции адаптации с депрессивными нарушениями

Определение понятия и классификация

Группа психогенных депрессивных состояний, т. е. депрессий, которые могут быть отнесены за счет психического предрасположения и душевных переживаний как пусковых механизмов и, следовательно, доступны психологическому и глубинно-психологическому анализу, охватывает *реактивную* (ситуационную, психореактивную) *депрессию*, *простое депрессивное развитие* (депрессию истощения), *депрессивную личность* и *невротическую депрессию*. Если принять в качестве критериев частоту жалоб на нарушение настроения, расстройства влечений и ведущие депрессивные симптомы, то следует признать, что непсихотические депрессивные состояния играют во врачебной практике большую роль.

Как уже упоминалось при обосновании классификации депрессивных состояний относительно конкретной клинической картины болезни, если оставить в стороне очевидную роль соматогенных факторов и характер течения, свидетельствующий о психотической депрессии, то речь будет идти о депрессиях, которые с трудом укладываются в рамки определенного типа. Признаваемая в новейших исследованиях условность отнесения депрессии к одной из двух групп — «эндогенной» или «психогенной» — убедительно подтверждает представление о том, что именно количественные показатели определяют различия между отдельными формами депрессий, которые являются звеньями одной цепи.

Поэтому МКБ относит упомянутые выше понятия «реактивной депрессии», «депрессивной реакции» и «неуточненной депрессии» очень условно к депрессивным неврозам. В связи с трудностями отнесения к какой-либо из групп и не всегда легкой

объективизации переработки переживаний детского возраста, необходимой для невротической депрессии, DSM III вообще отказывается от диагноза «невротическая депрессия». Однако для практических целей желательно отграничивать друг от друга непсихотические и не обусловленные соматогенно депрессивные синдромы.

Депрессивные реакции

Депрессивные реакции понимаются как душевный ответ на внешние травмирующие события, которые означают психическую нагрузку или реакцию на внутренние изменения. Они не выявляют значимых невротических перерабатывающих механизмов, по времени и по содержанию тесно связаны с вызвавшими их причинами. Симптоматика, в первую очередь, определяется связью с основным заболеванием и с его последствиями и в меньшей мере — с особенностями личности. Непосредственным поводом являются переживания из-за утраты — в частности, в случае смерти близкого, развода, изменения жизненной ситуации, т. е. в обстоятельствах, которые играют определенную роль также в преддверии психотических депрессивных фаз.

В качестве примера выраженной и часто встречающейся формы следует рассмотреть *чрезмерную траурную реакцию*. В этих случаях после смерти близкого человека остается чувственная реакция, превышающая ожидавшуюся. Вместо аффективных проявлений у таких пациентов наблюдается скованность, окаменелость; их выразительные средства также скованы, у них появляются соматизированные и ипохондрические жалобы. Часто наблюдается агрессивное поведение, направленное на истинного или мнимого виновника постигшего их несчастья. Такое поведение сопровождается многообразной соматической и вегетативной симптоматикой, более или менее значимой для заболевания: головные боли, расстройства дыхания, сердечно-сосудистые нарушения, желудочно-кишечные нарушения и многое другое. Психосоматические пусковые механизмы могут дать начало развитию заболеваний отдельных органов. Чрезмерная траурная реакция может привести к тяжелым последствиям — утрате трудоспособности и социальных связей.

Полагают, что этот синдром выявляется в тех случаях, когда между лицом, переживающим траур, и умершим были конфликтные взаимоотношения. Чрезмерная реакция и порожденная ею симптоматика приходят на место обычных проявлений печали, которые имеют свое аффективное выражение: временный отход от активной деятельности и социальных связей, уход в воспоминания о пережитых совместно с умершим отрезках времени. Даже эта нормальная «траурная работа» может на определенном отрезке времени сопровождаться соматическими проявлениями, такими, как потеря веса, потеря аппетита, нарушение сна и др. Основания для недоумения при такой «траурной работе» распознаются по амбивалентному отношению и следующему за ним конфликту чувств и чувству вины по отношению к умершему. Далее, динамику состояния могут определять реальное самообвинение (вина или соучастие в смерти) или чрезмерная привязанность к умершему, который, таким образом, идеализируется на инфантильный манер. Опасность такой чрезмерной реакции печали увеличивается, если прощание с умершим, являющееся частью траурной работы, невозможно из-за того, что умерший как объект недоступен. Конечно, существуют постепенные переходы от этих чрезмерных депрессивных реакций к невротической депрессии. Хотя у больных с описанными выше реакциями редко наблюдается невротическая структура личности, генез которой прослеживается еще на ранних стадиях развития и созревания.

Лечение заключается в психотерапии, ориентированной на конфликт. В ней прорабатываются, в частности, неотчетливо выраженные чувство страха и конфликт амбивалентности и ставится цель стимулировать дистанцирование от утраченного близкого лица. В качестве поддержки психотерапии рекомендуется применение транквилизаторов в течение ограниченного срока.

Депрессия истощения

К понятию *депрессии истощения* относятся те случаи патологии развития, которые отличаются от невротических депрессий, с одной стороны, и от реакций — с другой и выражаются в тревожно-депрессивном или апатическом настроении и в затяжном течении. Сюда относятся депрессии разгрузки (высвобождения), депрессии, связанные с вынужденным перемещением, эндореактивная дистимия, экзистенциальная депрессия, вегетативная депрессия и вегетативно-дистоническая депрессия. Речь идет о синдромах с психическими, вегетативными, соматическими и социальными признаками депрессии, которые, в отличие от простых реакций, обусловлены длительно воздействующими психическими нагрузками, продолжительными мучительными аффективными нагрузками, тяжелыми повторными психическими травмами или повторными (возвращающимися) аффективными расстройствами и приводят к истощению и декомпенсации симпатической нервной системы. Истощение в этих случаях предполагает не столько последствие физических перегрузок, сколько, в значительно большей степени, «эмоциональное истощение жизненных сил», или, иначе говоря, аффективного потенциала личности.

Невротические симптомы в более узком смысле в большинстве случаев отсутствуют. На первый план выступают вегетативные симптомы. Течение болезни подразделяется по развитию этой симптоматики на неврастеническую продромную фазу, психосоматическую фазу и собственно депрессию истощения (Kielholz). Депрессии истощения чаще других подвержены сенситивно-астенические личности с интеллектуально дифференцированной структурой, которые в силу своей добросовестности несут большие перегрузки и приводят себя в состояние дефицита трудоспособности.

Депрессивные личности

Как *депрессивные личности* рассматриваются люди с аномалией темперамента, которая характеризуется постоянным пессимизмом в восприятии жизни и окружающего мира, наличием страхов и самоотверженностью. Эти люди характеризуются «вымученным» настроением, их легко лишить стойкости, они не доверяют сами себе, производят впечатление людей мягких, неспособных к «пробивным» поступкам, имеют тенденцию отступать под давлением, склонны к «самокопанию», скрупулезному разбору своих недостатков, повышено требовательны к себе. Они меланхоличны, их агрессивность подавлена. Но в этой же группе описаны брызжащие, раздражительные, депрессивно-параноидные варианты личностей, необщительные, мрачные, утруемые, с беспричинными расстройствами настроения. Такое поведение можно проследить ретроспективно начиная уже с юношеского возраста. Под маской уравновешенности, социальной приспособленности проходит скрытая от постороннего взгляда жизнь. Этих людей часто отличает навязчивая, ригидная любовь к порядку, неумная деятельность и чрезмерная готовность к выполнению долга. Структура такой личности формируется односторонним воспитанием в семье, выраженным давлением

на свое «Я» и мучительным подавлением своих агрессивных тенденций, а также другими условиями, которые встречаются у лиц, заболевших невротической депрессией.

Эти варианты характера, которые психиатры в прошлом причисляли к гипертимным и лабильным личностям и обозначали их как тимопатические, сегодня диагностируются редко, так как сформировалось мнение, что речь здесь идет о депрессивном неврозе характера, развитие которого следует закономерностям психологии неврозов. Другие исследования склоняются к тому, что у части депрессивных личностей имеются стертые формы циклотимии. В пользу этого суждения говорит появление витальных симптомов (нарушение сна, колебания в течение дня) и то, что при продолжительной перегрузке развиваются типичные депрессивные фазы.

Невротическая депрессия

При *невротической депрессии* подавленное настроение является выражением аномальной переработки душевных переживаний, вызванных и поддерживаемых полностью или частично вытесненными конфликтами. Стало быть, речь идет не о реакции на реальные события и даже не о выражении осознанной конфликтной ситуации. Определяющими, как вообще при неврозах, являются прослеживаемые уже на ранних этапах развития механизмы патологической переработки и вытеснения. Ответственность за расстройства при депрессивных неврозах возлагается на нарушения во взаимоотношениях с близкими с самого раннего возраста, особенно с матерью — в оральная фаза. Они-то и создают предрасположение к развивающимся позднее неврозам.

Мы наблюдаем *картину симптомов*, которая характеризуется торможением и подавлением всех душевных функций, вегетативными нарушениями сформировавшихся в юности структур личности и «пусковым механизмом» — внешними обстоятельствами, воздействующими одномоментно или на протяжении длительного периода. Клиническая картина может менять свой профиль в процессе развития.

Симптоматика состоит, как и при депрессиях, вызванных другими причинами, из подавленного настроения, заторможенности всех центробежных психических и двигательных функций. Влечения подавлены, мыслительные процессы вязки, замедленны, лишены фантазии, бедны представлениями, появляются жалобы на трудность сосредоточения, на забывчивость. Воля и способность принимать решения парализованы, влечения редуцированы. Тоска простирается от боязливо-пасмурного настроения до тяжелой депрессивной ажитированности с чувством отвращения к жизни и стремлением к самоубийству. Опасность суицида здесь так же велика, как и при психотической депрессии. В основе заторможенности в действиях и поведении в целом лежат слабость влечений, пассивность, сомнения в своей значимости и чувство своей никчемности. Чаше, чем при эндогенной депрессии, наблюдается подчеркнутая готовность к отказу замаскировать, хотя бы в порядке гиперкомпенсации, неправильность своего поведения.

Как правило, налицо *пестрая картина вегетативных и функциональных нарушений органов*, а также витальных нарушений, описанных и при эндогенной депрессии, хотя в данном случае психомоторная заторможенность выражена меньше, чем при депрессивном психозе. Часты жалобы, указывающие на перевес симпатно-адренергического тонуса как вегетативного проявления страха, нередко сопровождающего болезнь. Часто нарушаются также сон, общее самочувствие, аппетит, менструальный цикл. Субъективные жалобы указывают на функциональные нарушения в

различных системах органов (желудочно-кишечный тракт, дыхание, сердечно-сосудистая система) и могут настолько выступать на первый план, что психопатологическая симптоматика поначалу не распознается и длительное время не учитывается. Пациенты с такой ларвированной депрессией становятся жертвами многочисленных сомато-терапевтических мероприятий. Следует упомянуть о том, что существуют тесные связи между структурами, лежащими в основе невротической депрессии, и рядом определенных психосоматических заболеваний.

Но и при описанных выше депрессивных синдромах, в зависимости от преобладающей ведущей симптоматики, следует различать отдельные типы: тревожно-ажитированный, заторможенно-фобический и неврастенический.

Люди с депрессивной структурой личности распознаются по их *взаимоотношениям* с объектом, постоянному поиску партнера, которому присваивается образ матери. К такому лицу они привязываются, становясь пассивно-зависимыми в стремлении к симбиотической близости. Страх одиночества, изоляции, утраты и разрыва (развода) определяют направление их мыслей и действий. Гиперболизированные скрытые желания, страх быть покинутым вызывают чрезмерно жертвенную, до самозабвения, модель поведения. Преувеличенная привязчивость и приспособляемость делают партнеру жизнь в тягость. Поведение пациента начинает постепенно приобретать выраженный характер враждебности. Отсутствует способность действовать в собственных интересах, высказывать требования, задавать вопросы.

Разновидности неправильного поведения: более или менее часто больные невротической депрессией проявляют еще до клинической манифестации болезни особенности поведения, которые заложены в преморбидной структуре их личности. Их отличают: нарушение самооценки, неуверенность, беспомощность, готовность стать и оставаться зависимым от другого. Их развитие тормозится стремлением к симбиозу и желанием привязаться к другому. Порожденное слабостью подчеркивание альтруизма и добродетели, скромности, почтительности, миролюбия, отсутствия эгоизма входит в противоречие с подавляемой агрессивностью и требовательностью. Собственные возбуждающие и подавляемые фантазии не проявляются и проецируются на окружающих, которые в дальнейшем оказываются под угрозой. В социальном поведении лица с депрессивной структурой характера проявляют себя исполнительными, хорошо приспособляющимися, избегающими конфликтов, т. е. обнаруживают установки, которые они сами рассматривают как предпосылки того, чтобы быть любимыми, признаваемыми и охраняемыми. Любые импульсы, способные нарушить гармонию симбиоза, вытесняются и подлежат самоосуждению. Живущая подспудно в депрессивной личности покладистость и отмечаемое со стороны поведение, соответствующее предъявляемым требованиям, которое зачастую содержит большие запросы, воспринимается людьми, на которых оно направлено, только через более или менее продолжительный отрезок времени, как оральное поглощаемое; они индуцируют агрессивно-оборонительное поведение партнера, который не может признать в «бедном», беспомощном, старающемся приспособиться депрессивном больном истинного партнера. В результате обессиленный партнер депрессивного больного молча отворачивается от него. Так наступает то, чего депрессивный больной больше всего опасается в своих фантазиях и что является подтверждением его страха перед разочарованием, на который он уже запрограммирован в результате своей неправильной самооценки. Лечащий врач сам переживает раздраженность и нетерпение, которые могут у него развиться по отношению к таким пациентам, как реакцию на скрытую агрессивность, таящуюся в депрессивном поведении.

Структура невроза является следствием динамических противоречий, заложенных в импульсивных влечениях, и влияний окружающей среды в прошлом и их

дальнейшей переработки в течение жизни. Эта структура уже с детства создает средства для приспособления к образу, который, среди прочего, оказывается столь патогенным, что приводит к развитию моделей реакций и действий, необходимых для преодоления ситуаций и препятствий, стоящих на жизненном пути. Таким образом, она создает анахронизм, не соответствующий жизненной ситуации взрослого человека.

Жизненная ситуация депрессивного невротика определяется амбивалентным конфликтом с близким ему лицом, с матерью. С одной стороны, ей противостоит потребность крепкой привязанности, с другой — агрессивные импульсы. Этот конфликт постоянно вызывает чувство страха и вины. Характерным является чрезмерно заботливое отношение матери, препятствующее развитию самостоятельности у ребенка. В то же время в ее отношении к ребенку усматривается выраженная агрессивность. Привязанность ребенка и требования матери порождают торможение процессов созревания личности и стремления к самостоятельности и ведут к агрессивно окрашенным противоречиям между чувствами вины и страха, остающимися надолго.

Пусковые механизмы. Описанная здесь структура готовности к реакции может наблюдаться на протяжении длительных периодов жизни, не приводя к клинически проявляющимся симптомам. Только под воздействием определенных нагрузок, которые оказываются в тесном внутреннем взаимодействии со структурой личности и в этом смысле являются специфическими, дело доходит до развития депрессивных симптомов. Речь может идти о реальных или вымышленных переживаниях, связанных с утратой близкого, разрывом, о ситуациях, при которых сводятся на нет защищенность или покровительство. Сюда же относятся и кажушиеся на первый взгляд положительными условия: поощрение, отпуск, переезд, рождение ребенка, получение праздничных подарков и др. Далее, такую же разрешающую роль играют невозможность пережить боли, агрессивность другого лица. Переживаемые собственные обязательства и возложенные другим лицом обязанности и запреты (ограничения, изменение привычек и жизненных стереотипов после перенесенного заболевания) наблюдаются, как и другие пусковые механизмы, и составляют угрозу развития страхов в преддверии манифестации депрессии.

Представленное здесь краткое глубиннопсихологическое психоаналитическое объяснение структуры депрессивного невроза, который в процессе своего развития обнаруживает различные дифференцированные особенности (например, аспекты: отношение к объекту, психология «Я» и психологическая самооценка), является не единственной возможностью психологической интерпретации. Пониманию депрессивных неврозов, наряду с изложенным выше, могут в значительной мере способствовать и иные познавательные и учебно-теоретические модели, например модель «заученной беспомощности», модель самоконтроля и модель взаимоотношений. При этом динамика побуждений и глубиннопсихологические мотивы игнорируются, а на первый план выдвигаются нарушения и расстройства процессов познания, воспитания, обучения.

Частота невротической депрессии. В связи с трудностью отграничения от других форм депрессий точные данные по этому вопросу представить невозможно. Прежние эпидемиологические исследования постоянно давали сведения о преобладании числа невротических депрессий над эндогенными. Исследования группы Midtown-Manhattan дают следующее распределение: 1/4 от общего числа обследованных, страдающих депрессией, подвержены невротической депрессии. Наибольшее число больных этой формой, по-видимому, встречается в низших социальных слоях (фруст-

рационные депрессии). Доля больных невротической депрессией в общем числе депрессивных больных, лечившихся в клиниках, оценивается в 16–18 %. Эти больные составляют 3 % от числа поступивших в психиатрическую больницу. В амбулаторной практике врача-психиатра они составляют приблизительно 11 %. Соотношение женщин и мужчин — не менее чем 2:1.

Дифференциальный диагноз. Решающим является положительное подтверждение невротической структуры личности, полученное при изучении анамнеза жизни. Диагноз, обоснованный только психопатологическим срезом, клинической картиной симптомов, является неудовлетворительным. Развитие нарушений поведения и условия их возникновения, заложенные в биографии, так же как и их историю, необходимо доказать. В противовес эндогенным депрессиям, невротические характеризуются отсутствием психотических симптомов, колебаний состояния в течение дня, фазности и т. д. От реактивных депрессий их отличает отсутствие травмирующих пусковых ситуаций. Расстройства настроения при невротической депрессии отличаются от обычных расстройств скорее количественно, а не качественно. Особенности течения характеризуются разнообразием, отмечается выраженная зависимость от окружения и изменчивость. Часто отмечаются противоречия между соматическими и психическими жалобами, и так же часто — комбинация с другими, однозначно невротическими симптомами (конверсионно-невротическими, фобически-невротическими и др.) Потеря чувства собственного «Я» редко бывает так тотальна, как при глубокой меланхолии. Заторможенность и неспособность собраться зависят в большей степени от жизненной ситуации в данный момент. Больные невротической депрессией часто считают ответственными за свое заболевание обстоятельства и других лиц.

Депрессивные синдромы, наблюдаемые *в рамках шизофрении*, могут быть отграничены как анализом анамнеза, так и наличием у больного других шизофренических симптомов. Дифференциальный диагноз с соматогенными и симптоматическими депрессиями проводится в первую очередь путем исключения патогенных соматически обоснованных факторов. Однако дифференциальный диагноз достаточно труден, так как даже при хорошо подтвержденной соматогенной депрессии всегда может быть доказано и наличие невротических механизмов.

Терапия. В рамках психотерапии, проводимой врачом общей практики, возможной целью является только переработка пусковых конфликтных моментов. Советы врача сосредотачиваются на механизмах, пускающих в ход депрессию, и оставляют в стороне уточнения, касающиеся анамнеза. Следует поставить перед собой цель дать пациенту понять нарушения его поведения и одновременно научить распознавать опасные, ведущие к развитию депрессии жизненные ситуации. Необходимо обратить внимание на роль, которую играет его потребность в симбиозе, препятствующая стремлению к самостоятельности. В период проведения терапии могут нарастать нарушения поведения и суицидальные тенденции.

Часто для поддержки психотерапевтических мероприятий необходима медикаментозная терапия. Тимолептики не мешают проведению психотерапии, но от них не следует ожидать такого эффекта, который возможен при эндогенной депрессии. Применение тимолептиков в умеренных дозах направлено на определенные симптомы: больным со страхами и напряженностью показаны препараты типа амитриптилина, а больным с подавленностью и безволею — типа имипрамина. Кратковременное применение атарактиков также может быть взято на вооружение. Но при этом следует постоянно иметь в виду возможность привыкания к назначенным препаратам.

Устранение нарушений, лежащих в основе депрессивной симптоматики, относится к возможностям психотерапии. В рамках данной главы эта тема не раскрывается, так как она относится к компетенции психоаналитической, глубиннопсихологической, рационально-терапевтической, когнитивной и поведенческой терапии. Вопрос о том, необходима ли такая терапия больному с депрессивным неврозом, решает врач-специалист, психотерапевт.

ЛИТЕРАТУРА

Bräutigam W.: Reaktionen, Neurosen, abnorme Persönlichkeiten. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart 1985.
Hoffmann S.O.: Psychoneurosen und Charakterneurosen. In: K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen; Psychiatrie der Gegenwart. Bd. I. Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. 3. Aufl. Springer, Berlin 1986.

48 Эндогенные депрессии

Цель обучения

Способность диагностики эндогенных депрессивных синдромов, умение распознавать проявления болезни по симптомам на различных уровнях и оценивать угрозу суицида; знание моделей течения, причин и пусковых механизмов. Дифференциальная диагностика депрессивных форм заболевания.

Классификация

- МКБ-9: 296.2 — депрессия в рамках маниакально-депрессивного психоза или периодической депрессии
296.3 — циркулярная форма маниакально-депрессивного психоза
298.0 — реактивный депрессивный психоз
DSM III: 296.2x — типичная (большая) депрессия: единственный эпизод
296.3x — типичная (большая) депрессия: рецидивирующая
296.6x — типичное аффективное расстройство: биполярное смешанное
296.5x — типичное аффективное расстройство: биполярное депрессивное

Определение понятия

Депрессивные и маниакальные психозы наряду с шизофренными заболеваниями относят к группе *эндогенных психозов*.

Не оспариваемое в современной психиатрии понятие «эндогенный» подтверждает неполноту наших знаний о природе этих заболеваний и тот факт, что физические и психические причины не могут быть бесспорно подтверждены. Термин «эндогенный» отличает эти психозы, с одной стороны, от психореактивных и невротически обусловленных расстройств и, с другой стороны, от тех, в основе которых может быть обнаружен патологический соматический субстрат.

К понятию эндогенного психоза относится диагноз, поставленный исключительно на основании психопатологических проявлений, в которых он выражается. Из множества факторов, определяющих его генез, известную роль играют наследственные моменты. В конечном счете, эти психозы следуют определенным законо-

мерностям течения, которое, в свою очередь, определяется внутренними (автономными) и внешними влияниями.

Среди эндогенных психозов депрессии и мании, как *аффективные психозы*, противостоят шизофрениям. Они называются аффективными психозами потому, что при них в первую очередь проявляются изменения аффектов, чувств, желаний и влечений, воли и побуждений. Они наступают в форме *фаз*, т. е. ограничены во времени от нормального состояния. Как правило, за болезненной фазой следует полное или по крайней мере значительное восстановление психического здоровья. Если при аффективном психозе маниакальные и депрессивные фазы наступают более или менее регулярно и поочередно, то говорят о *биполярном психозе*. Заболевание, при котором наблюдаются только маниакальные или только депрессивные фазы, обозначается как *монополярное* или, при наступлении только одной фазы, *униполярное*. Наиболее частыми являются *монополярно-депрессивные* циклотимии (они составляют около 2/3 аффективных психозов). За ними следуют биполярные (почти 30 %), а затем весьма редкие *монополярно-маниакальные* психозы (около 5 %).

Эндогенная депрессия (меланхолия) является психотическим синдромом, который отличается от других депрессивных расстройств настроения не только нозологически и этиологически, но и — по крайней мере при типичных формах — по своей симптоматике.

Следует упомянуть, что описанная ниже картина заболевания описывается рядом *синонимов*, что нередко дает повод к искажению понятия: фазная депрессия, первичная депрессия, психотическая депрессия, периодическая депрессия, эндоморфная депрессия, циклотимическая депрессия, витальная депрессия. В классификации DSM III эти термины соответствуют синдрому большой депрессии (Major depression).

Клиническая картина и симптоматика

Ни один из симптомов не является обязательным. Каждое возможное при депрессиях нарушение на разных уровнях психики может отсутствовать. Структурирование клинической картины варьирует в широких пределах.

Часто заболевание заметно даже тогда, когда больной ничего о нем не говорит: *потеря осанки*, застывшая *мика*, скованные *жесты*, монотонный *голос*; за заторможенностью чувствуются страх и беспокойство. *Переживание* депрессивного больного наполнено тоской, безнадежностью и чувством бессцельности, бессмысленности. *Ведущим* симптомом является тяжелая унетенность и подавленность, которые имеют мало общего с печалью здорового человека. Депрессию невозможно приравнять даже к очень выраженной подавленности. В значительно большей степени она часто означает *блокаду каждого чувства* — как радости, так и печали — и неспособность к эмоциональному резонансу. Говорят о «*чувстве отсутствия чувств*». Больной чувствует себя как бы умершим в своих аффективных побуждениях. Он испытывает безразличие к окружающему и перерабатывает его в чувство вины. Депрессивное настроение называют также *витальным*, так как оно идет рука об руку с подавлением *витальных чувств*, что особенно ощущается больным при изменении восприятия своего тела.

Характерной чертой является *заторможенность мышления* — формальное расстройство мышления, при котором ассоциативные процессы и все психические процессы вообще становятся вязкими, замедленными, заблокированными. Мысль «топчется на месте», занята одним и тем же полным забот содержанием; больной все время озабочен угрозой своему здоровью, материальному благополучию, ду-

шевному состоянию. Совершенные в прошлом ошибки и чувство собственной неполноценности рассматриваются им как причины теперешнего состояния. Нарушение мышления ограничивает способность сосредотачиваться и воспринимать, а также способность «вернуться лицом к окружающим» и препятствует интеллектуальным реакциям, порой до такой степени, что депрессивный больной производит впечатление слабоумного (*депрессивная псевдодеменция*).

В одном ряду с заторможенностью мышления стоит *психомоторная заторможенность*. Она выражается в замедлении всех двигательных функций, вязкости всех ментальных процессов, блокаде всех центробежных функций. Стремление к деятельности, воля, работоспособность оказываются подавленными. Больной не может приободриться, у него отсутствует инициатива, он безучастен и неподвижен, повседневные решения и суждения больше не удаются. Заторможенность может принять форму *депрессивного ступора*, т. е. полной неподвижности. С ней часто связано внутреннее безволие. *Ажитация* у депрессивного больного не является противоположностью заторможенности, оба эти проявления сосуществуют одновременно. При ажитированной депрессии беспокойство становится очевидным: депрессивный больной бегаёт взад-вперед, высказывает жалобы, апеллирует к собеседнику (депрессия, выраженная в непрерывных жалобах, стенаниях). При эндогенной депрессии заторможенность и подавленность часто подчинены определенному суточному ритму. *Дневные колебания* с углублением подавленности в утренние часы и относительным улучшением состояния вечером являются дифференциально-диагностическим признаком по отношению к другим формам депрессий.

Полнота картины депрессии достигается присоединением *витальных расстройств*. Все жизненные силы иссякают, это выражается в ощущении тяжести и потере внутреннего комфорта. Ощущение соматических расстройств выражается в чувстве тяжести, давления, напряжения, скованности в голове, груди, животе, в конечностях. При депрессии встречаются не только усталость и тяжесть, но и *чуждые ощущения*, подобные расстройствам чувствительности, чувство отчужденности всего тела (*депрессия отчуждения*, при которой могут появляться феномены деперсонализации и дереализации). Этим депрессивным витальным симптомам частично соответствуют доказуемые патофизиологически нарушения вегетативной регуляции.

При *ларвированной или маскированной эндогенной депрессии* эти соматизированные нарушения приобретают самостоятельное значение, а психопатологические расстройства одновременно отступают на задний план. Пациент производит впечатление соматически больного, но отнюдь не депрессивного. Такие клинические картины могут имитировать различные соматические заболевания. Диагностика и лечение направляются по неправильному пути, и больные часто становятся жертвами врачебной полипрагмазии.

К *вегетативным симптомам* относятся нарушения сна, в особенности нарушение непрерывности сна с «разорванным» сном во второй половине ночи и ранним пробуждением. Этот синдром, будучи первым из появляющихся и последним из исчезающих при депрессивной фазе, может служить чувствительным индикатором продолжительности болезненного периода. К этому присоединяются потеря аппетита, расстройства глотания, запоры, потеря веса, потеря либидо и потенции, аменорея, уменьшение выделения слюны и пота, выпадение волос, нарушения терморегуляции — имеются подтверждения колебания температуры кожи фаланг. Упомянутые ранее колебания состояния в течение дня и, наконец, течение болезни в форме

фаз с преимущественным наступлением этих фаз весной и осенью указывают на закономерные нарушения регуляции.

Если в рамках депрессии возникают *бредовые идеи*, то они только подтверждают эндогенный характер заболевания. Тематика бреда концентрируется на «древнейших страхах человека»: грехопадении и вине, обнищании, страхе перед болезнью и признании своей никчемности. Насколько депрессивный больной представляется беспомощным, настолько же трудно врачу вести его. Даже при повторных фазах воспоминание о течении предыдущих приступов не помогает больному дать врачу возможность подступиться к сути болезни. Первичный бред вины и греховности находит пищу в давнишних ошибках, которым больной придает гротескно-преувеличенное значение. Онанизм может сыграть такую же роль, как допущенные когда-то некорректность или промах. Из совершенных в прошлом мелких ошибок вырастает чувство большой нравственной вины за якобы серьезные действия и упущения. События, о которых вспоминает больной, трансформируются в содержании бреда как подтверждающие чувство вины. Но если это так, то оказывается, что существующее само по себе чувство вины только ищет точку приложения. *Вторичный бред греховности* привязан к событиям и переживаниям, которые сами вызваны депрессией. Больной обвиняет себя в утрате энергии, безразличии, апатии, пренебрежении своими обязанностями. При *нигилистическом бреде* усиливается потеря чувствительности, появляется чувство «взвешенного существования» и деперсонализация. *Ипохондрический бред* сосредоточивается на витальных и вегетативных расстройствах, а также на соматических жалобах. Часто он является основой для формирования депрессии с постоянными стенаниями и жалобами (ажитированной депрессии). При *первичной ипохондрии* больной непоколебимо убежден в существовании угрозы его жизни в связи с наличием у него неизлечимых болезней. Часто такие больные воспринимаются как несносные истерики. При *бреду обнищания* больной считает себя ограбленным, лишенным средств существования, а семью — обреченной на нищету. К этой разновидности бреда примыкают опасения больного, что он не сможет оплатить расходы, связанные с болезнью.

Бредовые структуры относятся к смысловым нарушениям мышления, к которым причисляются также мысли, связанные с насилием, иногда наблюдаемые при депрессии. Особенно страх *принести вред другим*, т. е. навязчивый страх нанести своими действиями или неосмотрительным упущением ущерб близким лицам и навязчивая самопроверка указывают на эндогенно-депрессивную природу заболевания. В защитных механизмах можно распознать их психодинамический аспект.

Спектр симптомов эндогенной депрессии оставался бы неполным, если бы не был принят во внимание тот вред, который сам больной наносит себе своим поведением, порождая социальные реакции окружающих.

Заболеваемость, течение, прогноз

Частота наступления психотической депрессии соответствует частоте шизофренических психозов. Она оценивается в 0,8–1 %. Распределение заболевших по полу очень характерно: женщины заболевают чаще, чем мужчины (соотношение их составляет 7:3). 3/4 всех заболеваний наступает между 20 и 50 годами, 1/8 — до 20 лет и 1/8 — после 50 лет. Депрессии, развившиеся в возрасте до 20 лет, чаще всего оказываются первым проявлением шизофрении. Пациенты с биполярными расстройствами заболевают раньше (в среднем до 35 лет), чем больные с монополярным течением (в

среднем в возрасте 45 лет). Первая маниакальная фаза появляется в более молодом возрасте, чем первая депрессивная.

Течение болезни — в форме фаз. Существует определенная связь с временем года: осенью и весной фазы наступают чаще. Подавляющее большинство депрессивных больных (около 85 %) вынуждены смиряться с несколькими фазами в течение жизни, а у 20 % бывает в течение жизни более восьми фаз. *Продолжительность фазы* варьируется в весьма широком интервале. Большим количеством исследований установлено, что средняя продолжительность фазы составляет от 8 до 12 месяцев. В течение жизни продолжительность фаз увеличивается. Продолжительность промежутков между фазами также варьирует в широком диапазоне от нескольких дней до десятилетий. Под влиянием психофармакологической терапии течение болезни видоизменяется. Частично фазы становятся короче, в части случаев несколько смягчается симптоматика, т. е. несмотря на прием медикаментов фаза продолжается, но с менее выраженными симптомами, что становится особенно очевидным в случае отмены препаратов.

Прогноз. Даже после нескольких фаз болезни, в отличие от шизофренических психозов, можно рассчитывать на очень значительное восстановление. Только новейшие исследования обратили внимание на то, что *после перенесенной фазы болезни остаются стойкие изменения личности*, в частности потеря потенции, нивелирование и уплощение психических функций. Неясно, идет ли речь о непосредственных последствиях и резидуальных явлениях болезни или о том, что эти изменения являются в большей степени результатом воздействия болезни на переживания, на самоощущение и реакцией на перенесенный приступ. Не только очень опытные, склонные к самонаблюдению больные знают «ад депрессии», через который они прошли, и умеют рассказать о нем и о переживаниях, свойственных их личности, способствующих развитию депрессии.

Прогноз quo ad vitam затрудняется свойственными каждому депрессивному больному суицидальными тенденциями. От 7 до 10 % больных, страдающих эндогенной депрессией, совершают суицидальные попытки во время болезненной фазы. Монополярные депрессии представляют наибольший риск. Отрезки пути «вхождения в болезнь» и обратного развития симптомов представляют наибольшую суицидальную опасность. Современная терапия создает дополнительный риск, так как она вызывает диссоциированное, т. е. временно замедленное изменение настроения и побуждений. Резко заторможенный больной вопреки всем аутодеструктивным намерениям не в состоянии привести в исполнение свои суицидальные намерения. Только тогда, когда это стремление возвращается на выходе из депрессии, возвращается и опасность того, что намерение превратится в действие.

Оценка риска суицида, бесспорно, относится к труднейшим задачам в терапии депрессий. Надежных показателей нет. Таблицы и рейтинговые шкалы имеют сомнительную ценность. Для врача важно, чтобы в общении с депрессивным больным он всегда исходил из готовности больного к суициду, оговаривал эту тему в беседе с больным и с его близкими.

Ценную информацию о *риске суицида* могут дать врачу ответы больного на следующие вопросы:

1. Думали ли Вы в последнее время о том, чтобы покончить с собой?
2. Появлялись ли у Вас против Вашей воли мысли о самоубийстве?
3. Занимают ли Вас конкретные мысли об осуществлении суицида, делали ли Вы какие-нибудь приготовления?

4. Предпринимали ли Вы раньше попытку самоубийства?
5. Предпринимал ли кто-нибудь из Ваших родных, друзей или знакомых попытку самоубийства?
6. Считали ли Вы их положение бесперспективным, безнадежным?
7. Есть ли у Вас чувство, что Вы нужны кому-то?
8. Трудно ли Вам думать о чем-то кроме своих проблем?
9. Не уменьшились ли в последнее время Ваши контакты с родными, друзьями, знакомыми?
10. Проживаете ли Вы совместно с членами семьи или друзьями, которым Вы можете доверять?

Конкретные суицидальные намерения являются показанием для стационарного лечения; но даже самое тщательное врачебное наблюдение не в состоянии обеспечить безопасность больного. Отнюдь не редкие состояния раптуса с аутодеструктивной активностью могут свести на нет все меры предосторожности.

Предрасположение, причины, пусковые механизмы

Эндогенная депрессия считается психическим заболеванием, обусловленным многими причинами. Удельный вес отдельных факторов не может быть установлен с достаточной определенностью: генетически обусловленное наследственное предрасположение, конституция, причастность к шизофрении, структура личности и пусковые механизмы — психические и соматические — играют в каждом отдельном случае трудно определимую роль.

Наследственность

Эндогенные депрессии считаются *наследственно обусловленными*; биологическая детерминированность играет здесь ведущую роль. *Генетические факторы*, безусловно, имеют большое значение в частоте и характере по меньшей мере некоторых подгрупп депрессивных заболеваний. Наряду с ними определенные *факторы окружающей среды* также играют свою роль. *Риск заболевания* у родственников первой степени всегда выше, чем в здоровой семье. Происхождение из семьи, в которой имелись маниакально-депрессивные больные, определяет риск заболевания более чем в 20 раз выше по сравнению с опасностью заболевания в населении в целом. Риск других психических расстройств также выше. *Изучение близнецов* также говорит в пользу влияния генетических факторов. Показатель совпадений у однояйцевых близнецов, с одной стороны, и у двуяйцевых близнецов, братьев, сестер, детей, родителей, с другой, является отчетливо выраженным. Показатель заболеваемости у дальних родственников несколько выше, чем риск заболевания у населения в целом. Так или иначе, статистические данные колеблются в широких пределах, что, по-видимому, определяется и различием методов исследования. Данные о дифференцированной возможности заболевания близких родственников депрессивного больного соответствуют ожидаемым, представленным в генетических моделях. *Результаты наследственно-биологических исследований* близки к упомянутым и позволяют провести разграничение между моно- и биполярными заболеваниями. У родственников больных, страдающих монополярным заболеванием, риск заболеть биполярным заболеванием едва ли выше, чем в населении в целом. Для родственников больных, страдающих биполярной депрессией, риск заболеть монополярным заболеванием значительно выше. Между тем, проведенные дифференцированные исследования до сих пор оставляют без ответа два решающих вопроса: что передается по наследству и

каким образом факторы окружающей среды наряду с наследственным предрасположением определяют манифестацию заболевания.

Эпидемиологические исследования дают основания для предположения, что эндогенная депрессия чаще встречается в высших и средних социальных слоях общества. Однако эти данные не являются бесспорными.

Связь между *пикнической конституцией и депрессией*, как ее представлял в своих исследованиях Кречмер, также оказывается относительной. Мнение о том, что пикники больше предрасположены к депрессии, по-видимому, бытует потому, что заболевание наступает в том возрасте, в котором большинство людей приобретает более объемные формы.

Но связь существует не только между генетически обусловленным физическим обликом и риском депрессивного заболевания. Рассматривался также вопрос о *предрасполагающей к депрессии психической конституции*. Преморбидная личность эндогенно-депрессивного больного поддается описанию. Такие данные о психологии личности были развиты до создания моделей, позволяющих говорить о возможности формулирования теории о причинах возникновения депрессий. Это означает, что делается акцент на приобретенные в течение жизни предпосылки и условия, располагающие к депрессии, в связи с чем содержание понятия «эндогенной депрессии» вынужденно становится относительным.

На раннем этапе психоанализа личность депрессивного больного описана (Abraham) как анально-обсессивный характер; подчеркнута и его оральная зависимость. Развернутая психологическая модель личности, которая по содержанию совпадает с ранними психоаналитическими представлениями и, кроме того, подтверждается факторно-аналитическими исследованиями, определяется как *typus melancholicus* (Tellenbach). Эти потенциально депрессивные личности отличаются порядочностью, подчеркнутой корректностью и пунктуальностью, «*патологической нормальностью*». Они нацелены на выполнение заданий, готовность к самопожертвованию. Нарушение установленного порядка, в котором они существуют, отступление от требований, которые они сами себе предъявляют, угроза их желаниям, связанным с привязанностями, существующими в рамках симбиоза, травмирует их и заставляет реагировать в форме депрессии. Ряд типичных пусковых механизмов депрессивных фаз может стать более понятным, если принять эту модель за основу.

К личностно-психологическим и психоаналитическим представлениям о моделях структуры личности депрессивного больного и особенностях влияющих на него травмирующих факторов со временем присоединились и другие психологические модели, которые позволяют понять проявления болезни, вырастающей в отдельных случаях из недр личности, ее доболезненного жизненного опыта и привычного опыта познания. Следует назвать *когнитивные и учебно теоретические модели*, стрессовую модель и результаты *Life-event* изучения.

Эти теории предоставляют частично весомые аргументы для расширения психотерапевтических методов. Во всяком случае, существуют противоречие и несогласованности между моделями и их основой, полученные эмпирическим путем, что, по-видимому, связано с отличием одних подгрупп депрессий от других.

Высвобождающие факторы

Старая психиатрия исходила из того, что эндогенно-депрессивные фазы наступают «без внешних причин». Факторам окружающей среды отводилась, в лучшем случае, роль сопутствующего влияния на формирование клинической картины болезни. Се-

годня практически несомненно, что при значительной части депрессивных заболеваний на передний план выступают поддающиеся определениюотячающие факторы, которые по времени четко совпадают с началом заболевания. Поэтому трудно отказаться от предположения об отсутствии патогенетической связи этих причин с заболеванием. *Факторы окружающей среды* определенно играют важную роль в многомерном генезе. В первую очередь они соучаствуют в определении момента начала фазы. Готовность распознать пусковые механизмы депрессии зависит, без сомнения, от взгляда на личность и ситуацию заболевшего. *Взаимодействие условий возникновения болезни* на генетическом, конституционном, соматическом, психическом и социальном уровнях остается до сих пор неясным. Тем не менее, в настоящее время обсуждается роль *всех возможных пусковых механизмов*: переживания утраты, конфликтных, напряженных межличностных отношений, изменений в профессиональной деятельности (выход на пенсию, изменение социального статуса, вынужденная перемена привычной среды, переселение), а также *сомато-биологических условий* (стресс, заболевание) и биологических критических периодов (пубертат, менструация, беременность, роды и послеродовой период, климакс).

Существенным для биологического понимания депрессии, ее соматических проявлений, а также для терапии имеют результаты *биохимических исследований*. На проявление меланхолии решающее действие оказывают центральные вегетативные нарушения регуляции и изменения в обмене церебральных нейромедиаторов. Если однозначные находки и не представляют единой, всеохватывающей картины, тем не менее, они указывают на то, что депрессивные симптомы уступают психофармакотерапии, направленной на биологические корреляты.

У истоков этого исследования стояло наблюдение, что резерпин, применяемый для лечения шизофренических психозов, часто обуславливает депрессию. Так как резерпин, кроме прочего, опустошает центральное дело серотонина, родилась гипотеза, что депрессия связана с дефицитом собственных моноаминов, в частности катехоламинов, норадреналина и дофамина и индоламина серотонина. Эти нейромедиаторы высвобождаются пресинаптическими нервными окончаниями и обеспечивают на синаптическом уровне передачу возбуждения. Их дефицит может обуславливать наблюдаемые при депрессии нейрофизиологические процессы. Их концентрация очень высока в тех отделах мозга, которые считаются ответственными за депрессию: стволе мозга и лимбической системе, поддерживающих автономность тех функций, которые при депрессии оказываются нарушенными (сон, кровообращение, экстрапирамидная моторика, эмоционально-аффективное поведение). Действие антидепрессантов основано на их способности тормозить обратный захват (reuptake) серотонина из «синаптической щели» и таким образом приводить к обогащению. Применяемые для лечения ингибиторы моноаминоксидазы замедляют распад нейромедиаторов, высвобождаемых из депо при возбуждении. Биохимические исследования вскрыли также ряд биологических механизмов, участвующих в манифестации депрессии. В вопросе о том, является ли решающим фактором дефицит субстанций, их неравномерное распределение или чувствительность рецепторов, еще не сказано последнее слово, как и в вопросе о том, определяется ли нарушение обмена только генетическими или и внешними факторами.

Хотя в биолого-психиатрических исследованиях эндогенная депрессия и причины ее возникновения являются важной темой, следует упомянуть также и другие концепции: нейрофизиологические, нейропсихологические, нейроэндокринологические, хронобиологические.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Распознавание психотической депрессии опирается в первую очередь на наличие приведенных выше симптомов. *Дифференциальный диагноз* с целью отграничения от депрессивного настроения в рамках шизофренических психозов, особенно после длительного лечения нейролептиками, и от депрессий, обусловленных органическими заболеваниями головного мозга или сопровождающимися тяжелыми соматическими заболеваниями, проводится с учетом анамнеза и симптомов основного заболевания. Но это означает также, что при каждой депрессии наряду с психиатрическим обследованием *необходимо всестороннее терапевтическое и неврологическое обследование*. Стандартное обследование включает определение кровяного давления, ЭКГ, BSG, анализ крови, состояния печени и почек, уровня сахара в крови, калия и кальция в сыворотке, реакции на сифилис, параметров щитовидной железы, уровня железа в крови, уровня витамина В-12.

Таблица 3. Дифференциальный диагноз депрессии (противопоставление важнейших дифференциально-диагностических критериев)

Эндогенная депрессия	Психогенная депрессия
Нарушение непрерывности сна	Нарушение засыпания
Раннее пробуждение	—
Наибольшая глубина депрессии — утром	Наибольшая глубина депрессии — вечером
«Чувство утраты чувств»	Смена настроений
Самообвинение	Тенденция обвинять других
« <i>Typus melancholicus</i> »	Невротические симптомы (страх и слабость «Я»)
Часто начало фазы без видимых причин	Конфликтные поля
Течение в форме фаз	Раннее начало, многолетнее течение
Стабильность восприятия окружающего	Отвлекаемость
Наследственная отягощенность	Биографические особенности
Потеря веса	—
Бред	—

Эндогенные депрессии зачастую труднее отграничить от *реактивных и невротических*. Эндогенная форма далеко не всегда включает полный спектр типичных симптомов на описанных выше уровнях. Критерии течения (первичное или повторное заболевание, события, способствовавшие манифестации, продолжительность заболевания, течение в форме фаз, маниакальные фазы, наследственная отягощенность) вносят так же мало ясности, как и вопросы о соматических симптомах (витальные расстройства, нарушения сна и аппетита, вегетативные симптомы, функциональные нарушения) (табл. 3). Психогенные депрессивные нарушения могут также принимать характер «*витализированных*» и соматически очень выражены.

Другие формы психотической депрессии

Наряду с представленными выше эндогенными депрессивными синдромами приходится считаться с рядом других депрессивных клинических картин, которые также

причисляют к депрессивным психозам. Сюда относятся *соматогенные* депрессивные психозы. Эта группа охватывает симптоматические депрессии (*экзогенные*), которые развиваются как сопутствующий синдром экстрацеребрального заболевания или обусловлены патогенными факторами, которые становятся причиной вторичного поражения функций мозга. Такой причиной могут стать инфекции, перенесенные операции, интоксикации, эндокринные и гемодинамические изменения, а также расстройства, вызванные приемом медикаментов. Как *органические депрессии* описываются состояния, которые возникают при структурных изменениях мозга, наступающих вследствие старческих церебральных расстройств, атеросклероза, опухолей головного мозга, прогрессивного паралича или черепно-мозговой травмы. Привычное в прошлом отграничение инволюционной депрессии представляется бессмысленным, так как ее собственный патогенез не может быть подтвержден. Как правило, речь идет о поздних эндогенных депрессивных психозах.

Следует назвать и *атипичные* формы депрессивных заболеваний, которые в силу исторически сложившейся традиции ранее классифицировались иначе, но по современным представлениям относятся к разряду эндогенно-депрессивных заболеваний, у которых причинные и феноменологические особенности выделяются достаточно четко. Сюда причисляются депрессии высвобождения (разгрузки), экзистенциальная депрессия, вегетативная депрессия, депрессия, связанная с переменой места жительства, климактерическая депрессия, послеродовая депрессия. Обозначение ларвированной депрессии следовало бы сохранить за теми синдромами, которые при ясно выраженной эндогенно-депрессивной структуре позволяют соматическим и вегетативным расстройствам выступать на первый план.

ЛИТЕРАТУРА

Freedman A.M., H.I. Kaplan, B.J. Sadock, U.H. Peters: Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. I: Schizophrenie, affektive Erkrankungen, Verlust und Trauer. Thieme, Stuttgart 1984.

49 Терапия депрессивных заболеваний

Цель обучения

Знание элементов и определения последовательности в общем плане лечения при депрессивных синдромах, применения антидепрессантов, показаний для их применения и характеристики побочных явлений; медикаментозной профилактики депрессий и особенно психотерапевтического подхода при лечении больных с различными формами депрессий.

Интегративный терапевтический план

Предпосылкой терапии депрессивных синдромов является *интегративный терапевтический план*, в рамках которого применяются сомато-, психо- и социотерапевтические меры, удельный вес которых определяется возможными причинами и характером депрессии. Многомерная обусловленность депрессивных синдромов требует

по необходимости лечения на разных уровнях. Всякий односторонний терапевтический прием может оказаться неадекватным болезни и ее последствиям (рис. 5).

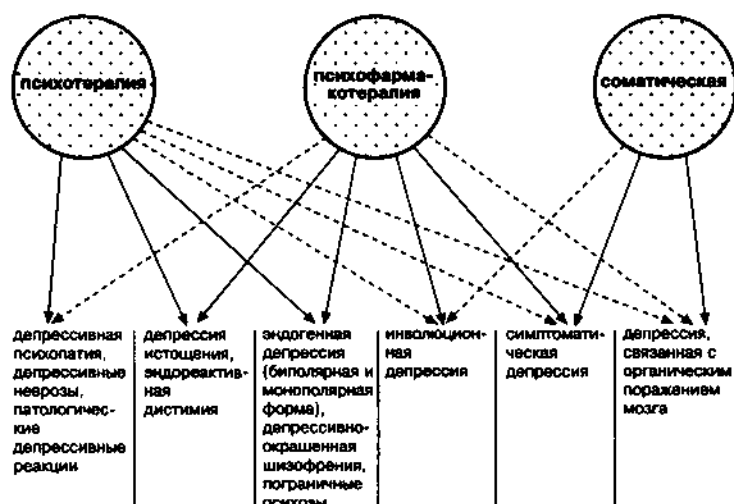


Рис. 5. Схематическое представление мультифакторной терапии депрессий (из книги Н. Kranz «Депрессии. Руководство для практических врачей». Banaschewski, München-Gräfelfing 1970)

Выбор возможных видов терапии предполагает не только четко поставленный диагноз, но и углубленное соматическое обследование, точное описание психопатологического статуса, уточненную на сегодняшний день историю болезни, психосоциальную ситуацию больного, его социальную интеграцию, терпимость межличностных отношений. Особенно необходимо учитывать угрозу суицидальных намерений и отягчающих обстоятельств.

Соматическое лечение и фармакотерапия

Излишне напоминать о том, что соматически обусловленные депрессии, а также те, которые сопутствуют соматическим заболеваниям (симптоматические депрессии), нуждаются в первую очередь в лечении основного заболевания. Как правило, необходимы и другие специфические меры, направленные на депрессивный синдром.

Психофармакологические препараты

Психофармакологические препараты, применяемые при депрессиях (антидепрессанты, тимолептики), не имеют единого профиля действия. Их действие невозможно резко отграничить от действия нейролептиков. Их полное действие раскрывается при психотических депрессиях. Однако их применение, нацеленное на депрессии иного генеза, также вполне оправдано. Применяемые в клинике препараты относятся по своему действию к стимулирующим активность, устраняющим заторможенность, улучшающим настроение, уменьшающим страхи. Применение того или другого препарата соответственно симптомам-мишеням, определяющим клиническую картину — ажитацию, депрессивную заторможенность или страх, — вполне оправдано (рис. 6).

Витальные заторможенные депрессии требуют лечения препаратами, активизирующими волю, повышающими психомоторную активность, типа имипрамина: имипрамин (тофранил 50–150 мг в день), дезимипрамин (пертофран), нортриптилен, кломипрамин (анафранил). При лечении меланхолии с дневными колебаниями состояния, витальной заторможенностью и легким двигательным беспокойством речь может идти о применении того же имипрамина (тофранил 50–150 мг в день), дибенземина (новерил 120–360 мг в день) и виллоксазина (вивалан 75–150 мг в день).



Рис. 6. Спектр действия антидепрессивных препаратов

В верхней части рисунка представлены отдельные препараты в соответствии со спектром их действия на расстройства настроения и побуждений. Вертикальные столбцы иллюстрируют относительный показатель распределения их действия на подъем побуждений, улучшение настроения и подавление побуждений. В нижней части рисунка препараты распределены по их воздействию на ведущие симптомы депрессии

Тревожно-ажитированным депрессивным пациентам назначают препараты типа амитриптилина, такие, как саротен (50–150 мг в день), докселин (апонал 50–150 мг в день), мапротилин (лудиомил 50–150 мг в день). При резко выраженном тревожно-депрессивном беспокойстве и ажитированности показаны близкий по действию к нейролептикам тиоридазин (меллерил 50–300 мг в день) или такие нейролептики, как хлорпротиксен (труксал 75–300 мг в день). Последние препараты в случае необходимости можно комбинировать с тимолептиками.

Рекомендации, касающиеся лечения и дозировок. Для амбулаторной практики существует общее правило: начинать следует с очень маленьких доз, прежде всего потому, что уже в самом начале лечения могут появиться нежелательные побочные явления. Лечение должно прекращаться также постепенно. Продолжительность медикаментозной терапии должна быть не меньше продолжительности нелеченой фазы болезни, так как тимолептики не сокращают продолжительность фазы, а только облегчают симптомы. Поэтому при кратковременной терапии может развиваться обострение, резистентное к медикаментозному лечению.

В первом периоде лечения может иметь смысл дополнительное назначение транквилизаторов типа бензодиаземина (диазепам = валиум) или оксазепама (адумбран или подобные), для того чтобы погасить беспокойство и нередко наступающее до улучшения настроения повышение импульсивности. В связи с тем, что при назначении препаратов тимолептического действия повышение импульсивности предше-

ствует повышению настроения, этот период требует особого внимания и терапии, так как таит в себе повышенную опасность суицида. Находящийся в меланхолии заторможенный больной может при начинающемся расторможении осуществить свои аутодеструктивные намерения, исходящие из его подавленного настроения, когда им уже не препятствует его заторможенность.

Шанс того, что депрессивный синдром «отзовется» на терапию тимолептиками, составляет 60–70 %. После адекватной, правильно дозированной медикаментозной терапии примерно через три недели можно вынести решение о том, оказалось ли лечение безрезультатным. В этом случае следует назначить другой препарат. Если и этот не окажет нужного воздействия, рекомендуется перейти на парентеральное введение препаратов, но если и это не приводит к ремиссии, то приходится обратиться к судорожной терапии.

Что касается *дозировок*, то в этом вопросе трудно предложить твердые правила, так как действенная доза зависит от индивидуальных факторов, которые представлены множеством индивидуальных вариантов. Действие частично схожих психотропных метаболитов и различное время их полураспада также играют определенную роль. Между концентрацией препарата в сыворотке и клиническим успехом существует прямое соответствие. Передозировка, с учетом механизмов «синаптических щелей», так же неэффективна, как и низкие дозировки (ниже терапевтического уровня), так называемое «*терапевтическое окно*». Важно то, что пожилым больным с нарушениями мозгового кровообращения и органическими поражениями головного мозга дозировки препаратов должны назначаться осторожно.

Побочные действия. Нередкие нежелательные побочные действия антидепрессантов зависят в большинстве случаев отчасти от их холинергических свойств, отчасти — от воздействия на катехоламины. У трициклических препаратов они более выражены, чем у нетрициклических.

Чаше всего больные высказывают жалобы на появляющиеся в начале лечения вегетативные побочные эффекты: сухость во рту, нарушение аккомодации, запоры, дизурию, головокружение, тахикардию, склонность к коллапсу. В этих случаях речь идет преимущественно об атропиноподобном действии антидепрессантов.

Более тяжелые побочные действия — развитие глаукомы, паралич кишечника, желудочковая сердечная аритмия, делирии и эпилептиформные припадки — редки у пациентов, с неосложненными формами заболевания. Нежелательные побочные действия удастся уменьшить осторожным дозированием, а также умением обходиться малыми дозами, особенно при назначении лечения пожилым больным.

В частности, необходимо следить за изменениями функций следующих систем и органов.

1. Сердечно-сосудистая система. Часто отмечается учащение пульса. Определяются изменения в ЭКГ, отражающие нарушения проводимости и возбудимости, изменения сердечного ритма, уменьшение сокращаемости миокарда (отрицательная инотропия) и нарушение регуляции кровяного давления. Если у пациента в прошлом имелись поражения миокарда, возможна реакция в форме сердечной недостаточности. При передозировке или при уже имеющихся нарушениях могут возникнуть серьезные осложнения в форме синусовой тахикардии, АВ-блокады и расширения комплекса QRS. Описаны также случаи внезапной смерти. Рекомендуется в начале курса лечения осуществлять ЭКГ-контроль через короткие промежутки времени.

2. Действие на экзо- и эндокринные железы. Уменьшение секреции слюнных желез с ощущением сухости во рту, гиперсекреция потовых желез. Функция щитовидной железы может быть нарушена и вызвать изменения обмена веществ, характерные для гипотиреоза. Относительно частыми являются редукция либидо и потенции, а также аменорея.

3. Действие на желудочно-кишечный тракт. Запоры достигают порой степени паралича кишечника, отмечается уменьшение желудочной секреции, сопровождаемое тошнотой и рвотой, редко — внутрипеченочная холестатическая желтуха.

4. Действие на кожу выражается в аллергических реакциях, фотодерматозах и отечности.

5. Действие на картину крови. Могут наблюдаться эозинофилия, лейкопения, ложная тенденция к образованию тромбозов. Нередкие реакции изменений в крови требуют регулярного контроля сначала через каждые 8–14 дней, а при длительном лечении — с промежутками в четыре недели.

6. Побочные явления со стороны нервной и центральной нервной системы — это дискинетические расстройства речи, паркинсоиды, потеря тонуса, миоклонические симптомы. Со стороны центральной нервной системы — оцепенение, усталость, головокружение, синдром психовегетативного раздражения, делирий и состояния спутанности, а у особо предрасположенных пациентов возможны и эпилептиформные припадки, что дает повод для контроля ЭЭГ.

Необходимо правильно ориентировать пациента о возможных ожидаемых нежелательных действиях назначенного препарата, так как часто ряд этих симптомов сопутствует первичным депрессивным симптомам, и больной переживает под влиянием терапии усиление тех проблем, на которые он жаловался до начала терапии. Это отрицательно сказывается на доверии больного к врачу.

При лечении депрессий необходимо следить за совместимостью принимаемых больным одновременно препаратов, не упускать из вида усиления седативного действия при приеме алкоголя и снотворных, а также действия препаратов, стимулирующих ЦНС.

Применявшиеся ранее в лечении депрессий *ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)* в настоящее время используются в амбулаторной практике только в дополнение к другим препаратам, так как они могут вызывать опасные побочные эффекты, а также потому, что они не имеют никаких терапевтических преимуществ по сравнению с названными выше антидепрессантами. Наряду с описанными выше побочными действиями они могут привести к нарушениям функций печени, кишечника, мочевого пузыря и половой сферы. Опасность представляет возможность появления возбуждения в диапазоне от беспокойства до галлюцинаторно-параноидного синдрома. Существует несовместимость между ингибиторами МАО и тимолептиками, а также с рядом пищевых продуктов. Вопрос о том, расширится ли терапевтический спектр ингибиторов МАО в связи с проводимыми работами по их дальнейшему усовершенствованию, требует определенного времени.

Комбинированные препараты. В тех случаях, когда наряду с тимолептиками необходимо одновременное применение бензодиазепинов, следует заранее удостовериться в свойствах комбинированных препаратов. В период лечения тимолептиками другие препараты применяются только на короткое время. Дифференцированное, соответствующее типу течения и симптоматике медикаментозное назначение невозможно с помощью комбинированных препаратов. Мнение о том, что возможно существенно сдерживать развитие депрессивных состояний с помощью атарактических препа-

ратов (валиум, адумбран, либриум, тавор), является ошибочным. Известны случаи, когда такая тактика приводила к превращению заболевания в хроническое.

Ввиду *нарушений сна*, сопровождающих каждую депрессию, нередко приходится прибегать к снотворным. В настоящее время чаще всего применяются бензодиазепин, а также клоралдурат и паральдегид. При назначении этих препаратов необходимо всегда ясно представлять себе, что нарушение сна является одним из симптомов депрессии, и рассматривать снотворное в первую очередь в рамках антидепрессивных мер, т. е. на первом месте в терапевтических рассуждениях врача должен решаться вопрос о достаточной дозе на вечерний прием антидепрессанта со снотворным эффектом.

Антидепрессивное медикаментозное лечение должно проводиться достаточно долго. А это значит, что даже при отчетливом улучшении состояния следует сохранить лечебную дозу, для того чтобы предупредить рецидив. Критериями улучшения являются смягчение нарушений сна даже при осторожном уменьшении вечерней дозы, прибавка в весе, а затем и исчезновение колебаний состояния в течение дня, а также вегетативных и соматических симптомов и, наконец, изменения в мимике, жестах, подвижности и исчезновение витальных расстройств.

Обобщение некоторых правил применения антидепрессантов:

- ограничиться наименьшим числом препаратов, действие которых и вызываемые ими побочные явления хорошо известны;

- применять достаточно высокие дозировки и соблюдать достаточно длительную медикацию; соблюдать медленное повышение и медленное снижение дозировок;

- осуществлять регулярный контроль соматических параметров;

- принять за основу лечение одним препаратом; комбинированную терапию проводить только в исключительных случаях;

- заботливо разъяснять больному и его близким действие и побочные эффекты препаратов, поэтапный план лечения, указывать на взаимодействие с алкоголем и другими медикаментами (в начальном периоде лечения высказать больному запрет садиться за руль автомашины, учитывая седативное действие прописанных ему препаратов);

- тщательно наблюдать за колебаниями угрозы суицида под влиянием лечения. При каждой встрече с больным и выписке ему нового рецепта необходимо уяснять себе степень угрозы суицида.

Профилактика депрессивных фаз

При биполярных, а также при монополярных депрессивных психозах показано профилактическое назначение *солей лития*, которые в 60–80 % случаев предотвращают наступление новой депрессивной или маниакальной фазы. Показания для назначения солей лития, так же как и первичное их применение, являются компетенцией врача-специалиста. Этот метод может быть применен, если наблюдается появление очерченных фаз на определенном временном промежутке и если отсутствуют такие противопоказания, как, например, заболевания сердца и почек, гипотиреоз, инфаркт миокарда, заболевания, требующие бессолевой диеты, а также беременность. Смягчающее симптомы и профилактическое действие солей лития проявляется нередко только через 1–1,5 года. Лечение литием может быть начато во время маниакальной фазы, так как соли лития обладают седативными свойствами, или по окончании депрессивной фазы. Возможно комбинирование с тимолептиками и нейролептиками в малых дозах. Дозировка: 30–40 mval лития в день дает, как правило, уровень лития

в крови 0,8–1,0 mval/l. Индивидуальную дозу следует определить, проводя в начальном этапе лечения регулярный контроль. Уровня лития свыше 1,2 mval/l следует избегать ввиду опасности интоксикации. При осторожной дозировке соли лития хорошо переносятся. В зависимости от дозировки могут наступать следующие побочные явления: головокружение, тошнота, рвота, полиурия, мышечная слабость, утомляемость, диарея, повышенная жажда, тремор. При дальнейшем лечении литием могут появиться прибавка в весе, утрата либидо и потенции, кожные изменения, тремор. При лечении литием нередко наблюдается развитие гипопаратиреоидизма, которую следует лечить L-тироксинами. *Признаками отравления*, требующего госпитализации, являются сонливость или кома, судорожные припадки, клонические судороги. Антидотом лития является поваренная соль.

Лечение литием требует чрезвычайно строгого определения показаний, а также тщательного ведения пациента.

Для применения предлагаются: ацетат лития (Quilonum), карбонат лития (Нурпогек и Quilonum retard), сульфат лития (Litium-Duriles) и Litiumaspartat.

Кроме описанного выше применения солей лития для профилактики фаз, эти препараты в последнее время находят терапевтическое применение, которое и выдвигается на передний план. С одной стороны, рекомендуется применение высоких доз лития при острых маниках (в рамках указанных выше границ) одновременно с назначением нейролептиков, обладающих седативным эффектом. Эта комбинация представляется особенно подходящей для получения наиболее быстрого терапевтического эффекта при состояниях маниакального возбуждения. С другой стороны, рекомендации применения относятся к резистентным к терапии, хронифицированным депрессивным состояниям, когда малые и средние дозы следует комбинировать с тимолептиками. Опыт терапии в этом направлении особо рекомендуется для больных во второй половине жизни и в старости при протрагированных депрессиях, если соматическое состояние больного позволяет применение лития.

В качестве альтернативы медикаментозной профилактики фаз с помощью лития в последнее время предлагается также лечение препаратами хлорпромазина (тегретал, тимонил). Лечение, при условии определения картины крови, рекомендуется особенно в тех случаях, когда невозможно длительное применение лития вследствие интенсивности нежелательных побочных явлений или соматических противопоказаний.

В настоящее время еще высказываются противоречивые суждения по поводу возможности применения тимолептиков для длительного лечения и профилактики рецидивов. Депрессивным пациентам ни в коем случае нельзя назначать на длительное время нейролептики, и в частности нейролептики пролонгированного действия (депо-препараты), так как они способны усиливать депрессию. К соматическим видам лечения депрессий относят депривацию сна и судорожную терапию.

Депривация сна и лечебная судорожная терапия

Депривация сна. Исходя из предположения, что в основе меланхолии лежит нарушение 24-часового ритма, а также из наблюдений, подтверждающих, что состояние депрессивного больного улучшается после бессонной ночи, были предприняты попытки купировать депрессивные симптомы путем лишения больного сна. При тотальной депривации сна больного в течение одной или нескольких ночей заставляют бодрствовать; при частичной депривации — лишают возможности спать во второй половине ночи, примерно с 1.30. Отчетливое улучшение состояния при этом

длится очень короткое время, но оно создает благоприятную исходную позицию для дальнейшей медикаментозной терапии. Возможно повторение депривации сна и комбинирование ее с назначением нейролептиков. Действие этого метода ограничивается кругом эндогенных депрессий.

Наиболее эффективной является избирательная депривация сна, при которой проводится электроэнцефалографический и окулографический контроль стадий сна у больного. Пациента будят, как только наступают REM-фазы. Ввиду больших личностных и аппаратных издержек этот метод вряд ли пригоден для врачебной практики.

Резистентные к терапии депрессивные фазы и меланхолии с непосредственной витальной угрозой, с которыми невозможно бороться известными методами, составляют, как и прежде, область применения **судорожной терапии**. При тщательно определенных показаниях и при условии применения разработанной в настоящее время техники (наркоз и мышечная релаксация) эту терапию следует рассматривать как свободную от осложнений и побочных действий.

Хронические и резистентные к терапии депрессии

Эффективность лечения тимолептиками достигается в 70 % случаев. Депрессиям, подвергшимся неадекватному лечению, угрожает большой риск превращения в хронические — хронифицированное течение с многолетним наличием симптоматики или частым повторением фаз без полного восстановления между ними. Такие состояния представляют в настоящее время все возрастающую терапевтическую проблему. В этом смысле эндоформные синдромы не отличаются от реактивных и невротических.

«Относительная», а также «абсолютная» резистентность к терапии описываются разными авторами различно. Во врачебной практике наиболее приемлемо отнесение к этой группе тех случаев, в которых не наблюдается улучшение после применения двух антидепрессантов, назначенных в достаточно высоких дозах и в течение длительного времени при продолжительности фазы свыше шести месяцев.

Для лечения этих состояний рекомендуется ряд мер и комбинаций, которые входят в компетенцию врача-специалиста или клиники: комбинирование антидепрессантов с депривацией сна или антидепрессантов с другими лекарственными препаратами, нацеленными на устранение имеющихся симптомов, и нейролептиками, ингибиторами МАО, бета-блокаторами и т. д. или же с литием и гормонами щитовидной железы и, наконец, электросудорожная терапия.

Каждый случай резистентной к терапии депрессии должен давать повод к постоянно возобновляемым поискам факторов и воздействий, вызывающих депрессию, например фармакогенных или соматогенных причин, отсутствия сотрудничества больного с врачом, взаимодействия медикаментов и вариантов обмена веществ, а также психологических и личностных факторов.

Показания для стационарного лечения

Решение о том, можно ли депрессивного больного лечить амбулаторно или его следует поместить в клинику, зависит от ряда факторов. При этом играют роль тяжесть и продолжительность болезненных проявлений. Широкие возможности интенсивной медикаментозной терапии могут быть исчерпаны только в клинике. Типы течения болезни, обнаруживающие признаки резистентности к терапии, также должны быть показаниями для стационарного лечения. Решающим обстоятельством является степень опасности суицида, которая должна постоянно обсуждаться в откровен-

ной беседе между врачом и пациентом. Известная роль принадлежит также тесным и доверительным социальным и семейным взаимоотношениям. Не только тяжесть клинической картины, но также нагрузка и перенапряжение, которые несут члены семьи в связи с депрессивным состоянием больного, могут сделать стационарное лечение необходимым. Но всегда следует учитывать и то, что смена обстановки также является отягчающим моментом для больного, страдающего меланхолией, привыкшего к определенному образу жизни. Часто приходится принимать решение за больного, у которого волеизъявление резко заторможено, в связи с чем он не в состоянии принимать решения. Даже тогда, когда по психотерапевтическим соображениям желательны терпение и отсрочка в принятии решения, вопрос о стационарном лечении не снимается с повестки дня. Следует также иметь в виду, что пребывание в клинике с ее терапевтическими возможностями (например, парентеральной терапией) может означать облегчение для самого больного и членов его семьи, хотя факт госпитализации лишний раз подчеркивает болезненный характер нарушений. При принятии решения, должен ли больной лечиться амбулаторно или в стационаре, следует принимать во внимание готовность и возможности врача осуществлять базисную психотерапию, необходимую при лечении депрессий.

Психотерапевтический подход к депрессивному больному

Принимая решение лечить депрессивного больного, необходимо наряду с соматотерапевтическими мерами обдумать характер и объем психо- и социотерапевтических мероприятий. Каждый депрессивный больной, независимо от того, к какой нозологической категории относится его заболевание, нуждается в таких лечебных мероприятиях. Меланхолические психозы в своем дебюте, течении и прогнозе ни в коем случае не являются независимыми от внешних влияний. Наряду с медикаментозным лечением требуется и проведение психотерапии.

Следует делать различие между определенными психотерапевтическими методами, с одной стороны (глубиннопсихологическими, психоаналитическими, проведением рациональных психотерапевтических бесед, психотерапевтической коррекцией поведения и когнитивной терапией), и, с другой стороны, набором базисных приемов психотерапевтического поведения и подходов, которыми должен владеть каждый врач. Названные выше методы не являются темой настоящей главы, так как их применение требует особой подготовки. Здесь речь идет об основном психотерапевтическом поведении врача, соответствующем ситуации депрессивного больного.

Основное психотерапевтическое поведение

Первая задача состоит в том, чтобы установить с пациентом взаимопонимание, создать атмосферу, не внушающую больному страх, для того чтобы он чувствовал себя защищенным и понимаемым. Врач своим поведением должен идти навстречу больному, дать ему ощущение ухода от реальных забот и межличностных отношений. Существенной предпосылкой успеха является проявление врачом теплоты, участия, эмпатии, естественности. Это предостерегает лечащего врача от уверенности в том, что он с легкостью постигнет внутренний мир больного, что больной легко примет на веру чужеродность своего депрессивного состояния и сумеет отделить его от здоровых душевных переживаний. Выражением подобной недооценки «иного существования» при депрессии являются хорошо известные нетерпеливые дистанцированные уговоры «взять себя в руки», «держаться выше голову». Такие ободрения

игнорируют вживание больного в чувство своей неполноценности, никчемности. Подобная линия поведения, связанная с попытками обсуждения жалоб больного, или дискуссия с целью рационально их аргументировать скорее способствует укреплению у депрессивного больного чувства своей неполноценности и вины. Если лечащий врач ведет себя таким образом, то укоренившаяся у депрессивного больного уверенность в том, что он вовсе не нуждается в лечении, а скорее является просто плохим, злым, ненадежным человеком, еще более укрепляется, а это, в свою очередь, ведет к углублению депрессии, а нередко и к нарастанию суицидальных тенденций.

Подход к этим больным требует в первую очередь времени и терпения. Время необходимо для бесед, нацеленных на терапию. В этих беседах должны обсуждаться характер заболевания, возможные его причины и пусковые механизмы, необходимые меры, которые нужно предпринять, и ожидаемые от них результаты и побочные действия. А терпение необходимо врачу потому, что планка требований, которые депрессивный больной предъявляет к выдержке врача, расположена весьма высоко. Короткие реплики врача не попадают в цель: монотонные жалобы больного повторяются, а чувство безнадежности кажется неизбежным. В депрессивных жалобах больного ощущается агрессивность, которую больной направляет на самого себя и которая способна вызвать агрессивно окрашенную ответную реакцию врача в форме нетерпения. Пациенту необходимо высказать во время терапевтической беседы свою агрессию, тщательно замаскированную в депрессивных жалобах. Поэтому так важно терпеливо выслушивать постоянно повторяемые больным опасения, самообвинения и выражения озабоченности и дать ему понять, что лечащий врач готов при всех обстоятельствах и не во вред больному выдержать роль его спутника. Готовность врача стать «хорошим объектом» для больного является предпосылкой успешной терапии. Оставаясь стабильно объектом для больного, врач своим авторитетом может олицетворять надежный порядок, которого сам больной не может добиться. Это значит, что лечащий врач должен дать себе труд обсуждать с пациентом все события повседневной жизни, вселять в него мужество, указывая на реальные для больного возможности, освобождать от тех обязанностей, которые содержат чрезмерные требования. В начальной фазе на первый план ставятся разгрузка и освобождение от ряда обязанностей для предотвращения ситуаций, которые способствуют развитию у больного убеждения в собственной неполноценности. Нужно позволить больному чувствовать себя маленьким, зависимым и беспомощным. Только по мере нарастающей стабилизации состояния можно расширить радиус терапевтического воздействия, используя уже завоеванные позиции. При этом больной под руководством лечащего врача должен заново научиться распознавать те жизненные трудности и влияния окружающего мира, с которыми ему придется сталкиваться на выходе из депрессии, для того чтобы лучше преодолевать их. При этом, однако, никоим образом не следует обнажать перед больным механизмы психодинамики, приводящие к развитию депрессии.

В последние годы все больший вес приобретают когнитивные терапевтические приемы в дискуссионном лечении, т. е. такие приемы, которые активно и напрямую корректируют специфические нарушения мышления и восприятий депрессивного больного относительно собственной личности, окружения и своего будущего. К этому методу относится умение построить в беседе стратегический план преодоления препятствий, которые больной видит, но не верит в их участие в формировании депрессии. В этой связи необходимо постоянное просвещение больного, объяснение ему важности того факта, что его судьба не является уникальным случаем, что генез

заболевания известен, что болезнь хотя и неприятна, но отнюдь не опасна, что процесс улучшения происходит поэтапно и завершается выздоровлением под действием терапевтических мер, определенных стратегическим планом.

Ведение суицидального депрессивного больного

При ведении суицидального депрессивного больного перед врачом встают особые задачи. Степень опасности суицида часто трудно определить. Во многих случаях соответствующие импульсы и фантазии окрашиваются чувством вины и сопровождаются стыдом, так что больной не рассказывает о них или замалчивает их при расспросах. Здесь важно, чтобы врач от себя высказывался на тему опасности суицида и, само собой разумеется, одновременно не упускал из вида аутодеструктивные тенденции у больного. Опыт учит

Таблица 4. Критерии угрозы суицида
(M.G. Wolfersdorf, G. Witznick «Лечение антидепрессантами». Fischer, Stuttgart 1985)

I. Собственные высказывания о самоубийстве

1. Прямые и не прямые высказывания о самоубийстве
2. Высказывания о конкретных представлениях о характере, подготовке и осуществлении суицида
3. «Ужасающее беспокойство»
4. Попытки суицида в прошлом
5. Случай суицида в ближайшем окружении в последнее время
6. Фантазии на тему самоуничтожения или катастрофы
7. Утрата всяких планов на будущее
8. Семейный анамнез

II. Болезненные проявления

1. Эндогенные депрессии; особенно:
 - а) дебют и исход
 - ими импульсивные действия
 - в) идеи самообвинения и обнищания, ипохондрические опасения
2. Тяжелые и неизлечимые соматические заболевания
3. Алкоголизм

III. Взаимоотношения с окружающими

1. Потеря или изначальное отсутствие близких контактов
2. Чувство одиночества
3. Межличностные конфликты
4. Потеря работы, отсутствие интересов, финансовые трудности

IV. Отношения врач—пациент

1. Отсутствие терпимости по отношению к врачу в течение длительного времени общения
2. Отсутствие откровенности в разговоре пациента с врачом неотложной помощи
3. Отсутствие возможности даже краткосрочного «договора»

нас, что существует ряд показателей для определения меры суицидального риска — их следует искать в случаях самоубийств, в выражении болезни, во взаимоотношениях больного с окружающими и с врачом (см. табл. 4).

Беседа с суицидальным больным, как было сказано выше, должна открыто и недвусмысленно обсуждать суицидальные мысли и намерения. При этом не следует извешивать деталей, касающихся характера и интенсивности суицидальных импульсов. Депрессивный больной должен ощущать, что даже в своих суицидальных планах воспринимается врачом непредвзято. Врач должен дать больному понять, что он верит в свою способность провести его через этот тяжелый кризис. Такая позиция врача предполагает, что он сам нашел подход к преодолению собственной депрессии и суицидальных мыслей. Прагматическая помощь, планирование времени и привлечение родственников больного, обсуждения, касающиеся повседневных проблем, принадлежат наряду с медикаментозной антидепрессивной терапией к тем методам, которые позволяют преодолеть суицидальный кризис. Показано эпизодическое применение нейрорегуляционных и атактических препаратов.

Социотерапия и меры по созданию терапевтической среды

Социотерапевтические усилия должны, по возможности, занимать твердо установленное место в общем плане лечения. Как правило, это требование может быть реализовано во время пребывания больного в стационаре. Терапия занятостью и трудотерапия, физиотерапия, лечение музыкой являются важными вспомогательными методами. Методам упражнений и самотренировки, а также «лечебному общению» отводится определенное значение в лечении в период ремиссии, в интервалах между фазами. Врач всегда должен учитывать общую психосоциальную ситуацию пациента и действовать так, чтобы изменить травмирующие обстоятельства. С этой целью к обсуждению проблем должны быть привлечены родственники больного.

Лечение отдельных форм депрессий

Депрессивные реакции. Стадии острой «траурной работы» требуют интенсивных консультаций с врачом или поддерживающего лечения, особенно тогда, когда это касается одиноких или лиц, находящихся в конфликте с окружающими. В этих случаях полезны активизирующие, стимулирующие и поддерживающие мероприятия. Рекомендуется групповая терапия, транквилизаторы для смягчения вегетативных симптомов, для улучшения нарушенного сна, а также для облегчения преодоления процесса внутренней размовки.

Невротические депрессии. Диагноз позволяет прояснить динамику конфликта. Если имеются показания для психотерапии, то ее необходимость должна быть мотивирована для больного. Изменчивость симптомов и быстрое наступление улучшения после нескольких бесед-консультаций чаще всего являются эффектом переноса. Они, конечно, представляют определенную ценность, так как доказывают, что расположение больного можно завоевать путем терапевтического общения с ним. Но такое улучшение не следует принимать за выздоровление и отказываться от последовательных, ранее запланированных лечебных мероприятий. Только в том случае, когда индивидуальная или групповая терапия невозможна, следует ограничиться поддержкой больного в кризисные периоды и симптоматической психофармакотерапией. Непродолжительное лечение в клиниках, приспособленных для психотерапевтичес-

ких целей, может оказать благотворное влияние. При определении показаний для госпитализации мы должны думать не только о пациенте, но и о членах его семьи, которые вследствие длительной совместной жизни с больным подвергаются сильному давлению депрессивно-невротических раздражителей. У больных с депрессивной структурой личности (депрессивная характеропатия) при соответствующем патологическом развитии предпочтительно применять осторожную тактику, действовать не в открытую и ориентировать больного на бесконфликтное решение его проблем.

Возрастные депрессии, которые чаще развиваются в период инволюции или в старости, демонстрируют отчетливую тенденцию к хроническому течению. Их появление чаще всего провоцируется возрастными невротическими конфликтами, особенно кризисными ситуациями в связи с переходом на новые роли, свойственные преклонному возрасту, или утратой близких, неизбежной в старости. Эти пациенты нуждаются в длительной поддержке врача. Тщательное соматическое лечение в эти случаях важнее терапии психофармакологическими препаратами. Тимолептики и нейролептики следует применять только в малых дозах и при строгом определении показаний. Больные с органическими поражениями головного мозга, изменениями вследствие наличия припадков или после оперативных вмешательств на ЦНС, при часто наблюдаемых у них депрессивных приступах, которым они подвержены из-за потери трудоспособности, нуждаются в поддерживающей, сопутствующей психотерапии. При медикаментозном лечении необходимо соблюдать большую осторожность вследствие пониженной у этих больных толерантности. Во всех случаях важны социотерапевтические усилия, которые нацелены на то, чтобы поставить перед больным новые задачи, включить его в процессы общения и деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

- Arieti S., J. Bemporad: Depression. Klett-Cotta, Stuttgart 1983.
Schmauss M., I. Meller: Die «therapieresistente» Depression — Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Psychiat. Prax. 16 (1989) 101–108.
Wolfersdorf M.G., G. Witznick: Therapie mit Antidepressiva. Fischer, Stuttgart 1985.

50 Маниакальные синдромы

Цель обучения

Распознавание и определение нозологической принадлежности маниакальных синдромов. Знание медикаментозной терапии и профилактики и основных правил терапевтического подхода к маниакальным больным.

Классификация

- МКБ-9: 296.1 — мания в рамках маниакально-депрессивного психоза или периодической мании
296.3 — циркулярная форма течения маниакально-депрессивных психозов
296.8 — другие аффективные психозы
DSM III: 296.6x — биполярные смешанные расстройства
296.4x — биполярные маниакальные расстройства

Определение понятия

Понятие «мания» применяется в отношении синдрома расстройств аффекта, настроения, влечений, который наступает в связи с биполярными маниакально-депрессивными психозами.

Маниакально-депрессивное заболевание или циклотимия не таковы, какими их классифицировал Крепелин. В настоящее время их отделяют от монополярной депрессии, протекающей в форме фаз, как в этиологическом, так и в нозологическом смысле (Angst). Среди аффективных психозов наиболее часты многофазовые монополярные меланхолии. По сравнению с ними биполярные типы течения встречаются вдвое реже, а монополярные маниакальные типы течения составляют около 5–10 % всех аффективных психозов. *Возраст, в котором впервые проявляется заболевание, — третье-четвертое десятилетие. Длительность фаз* варьируется от нескольких дней до нескольких лет. *Прогноз* продолжительности фаз невозможен. Так же различны по продолжительности и светлые промежутки между фазами. В редких случаях наблюдается хроническое, резистентное к терапии течение.

Об *этиологии и патогенезе* было уже сказано при разборе биполярно-депрессивных заболеваний.

Симптоматика

В качестве *классической триады* симптомов описаны: двигательное беспокойство, скачущие идеи и приподнятое настроение. Так же, как и при меланхолии, ни один симптом не является специфическим. Маниакальный синдром является противоположностью депрессивного во всем, что касается настроения, психомоторного поведения, течения мыслительного процесса и витальных симптомов. Он распознается по беспричинному радостно-приподнятому настроению или, столь же часто, гневливому настроению, при котором пациент раздражителен и постоянно ищет повод для ссоры. Отмечаемая веселость является выражением оптимизма, переоценки своих возможностей и приподнятости всех жизненных ощущений, свободы от страхов. Эмоциональная окраска поведения пациента производит впечатление поверхностности, неспособности к глубоким чувствам.

Психомоторно заболевание выражается в избытке побуждений, повышенной активности, потребности в занятости, движениях, чаще всего без продуманной цели. Это «деятельное безделье», раскрепощенность находят выражение в отсутствии чувства дистанции, навязчивости, порой бесстыдстве. При этом партнер игнорируется больным и исключается из дискуссии.

В то время как мысли меланхолика топчутся на месте, характерной чертой *расстройства мышления* больного, находящегося в маниакальном состоянии, являются *скачущие идеи*: мысли перегоняют друг друга, рассеиваются под влиянием случайных ассоциативных связей, никогда не достигая логического завершения. Постоянная смена тем, смешение существенного с не имеющим значения, отклонение к побочным темам, которое диктуется словесными и созвучными ассоциациями, определяют лишенный пауз речевой поток (*логорею*), не допускающий никакого диалога. Мышление крайне отвлекаемо, внимание быстро переключается под влиянием очень незначительных внешних раздражителей. По своему содержанию мышление определяется идеями величия и чрезмерной переоценкой собственного значения, интеллекта, размера финансовых возможностей и сексуальной потенции. Больной не способен ни к какой критике

своего состояния, не осознает своей болезни и поэтому без всяких опасений пускается в реализацию своих планов «высокого полета», берет на себя различные обязательства, совершает покупки, берется за посредничество, основывает предприятия, вступает в случайные связи, подчиняясь импульсам сексуальной раскованности, стремится к контактам со значительными и высокопоставленными личностями в области экономики и политики, демонстрирует склонность к мотовству и тратам. При этом сознание больного остается ясным, память не нарушается.

Если имеются *бредовые идеи*, то они соответствуют приподнятому настроению и переоценке своей личности в смысле мегаломании. Стойкие бредовые конструкции, однако, встречаются при мании нечасто, так как при быстрой смене содержания мыслей, рассеянности в последовательности ассоциаций и отвлекаемости отсутствует условие, необходимое для формирования бреда, — протяженность переживания во времени. Жалобы на оскорбление (причинение вреда, ущерба), которые могут быть выражением чрезвычайно повышенной требовательности к окружающим, только поверхностно напоминают бредовые идеи отношения и преследования. В противоположность депрессивным идеям вины и греховности, идеи маниакального больного формируются сознанием безграничной нравственной свободы, которое одновременно игнорирует такое право у других, считая себя апостолом нравственности. Освобождение от общепринятых и культуральных ограничений и полностью измененная оценка норм поведения интерпретируются с позиций психоанализа как «счастливое» преобладание своего «Я» по отношению к «Сверх-Я».

Становится понятным, что поведение, продиктованное болезнью, индуцирует *тяжелые конфликты с окружающими*, например вследствие пренебрежения своими обязанностями и обязательствами, перерасходования средств, неразборчивости в интимных связях. Все это, так же как поведение, наносящее обиду другим и ранящее их, может послужить *поводом к возбуждению в судебном порядке гражданских и уголовных дел*. Точно установленный диагноз поможет правильно решить вопросы трудоспособности или вменяемости больного, находящегося в состоянии мании.

В зависимости от преобладающих симптомов из группы маниакальных синдромов *выделяются отдельные подгруппы*. *Бедная мыслями мания* протекает с маниакальным настроением, но без скачущих идей. Она отличается замедленным, безинициативным мышлением, повторением одних и тех же речевых оборотов, так что больной производит впечатление слабоумного. *Заторможенная мания* является смешанной формой со скачущими идеями и веселым настроением при одновременной психомоторной заторможенности. Внешне поведение пациента чаще всего спокойное, но могут случаться и эпизоды раздражительности. Во время беседы такие больные производят впечатление отвлекаемых, болтунов. Две указанные выше формы обозначаются как *смешанные маниакально-депрессивные состояния*, так как они содержат признаки обоих синдромов. (Эти смешанные состояния не следует путать со смешанными психозами, в которых имеются циклотимические и шизофренические симптомы.) При *раздражительной мании* картину болезни определяют гневливое настроение, ожесточенные споры, склонность к сутяжничеству. Этих пациентов общество переносит с трудом. При *экспансивной мании* на первый план выступают эйфорическая активность, раскованная лихорадочная деятельность, склонность строить грандиозные планы, нарушается логика суждений и оценок. *Спутанная мания* отличается серьезным нарушением процесса мышления, высшей степенью «скачки идей», бессвязным словоизвержением. Создается впечатление, что в высказываниях больного

отсутствуют связующие звенья, которые, правда, могут быть продуманы, но из-за темпа мышления выпадают из произносимой речи. О *гипоманиакальных состояниях* говорят тогда, когда маниакальные симптомы выражены в более легкой степени.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Полную картину маниакального состояния трудно не распознать. Дифференциально-диагностические соображения основываются на отграничении от *гипертимных характеропатий*, а также от маниакальных состояний, которые встречаются при психических расстройствах вне круга аффективных психозов — при других психозах, при шизофрении, при шизоаффективных психозах. Они могут быть симптоматическими (при опухолях мозга, прогрессивном параличе), а также обусловленными экзогенно. Маниакальные синдромы токсического происхождения возможны при приёме амфетамина или при других лекарственных интоксикациях. В дебюте шизофрении и при ее дальнейшем развитии возможны периоды маниакальных состояний. С другой стороны, во время маниакальной фазы могут нередко появляться сходные с шизофреническими параноидные, галлюцинаторные и кататонические симптомы.

Терапия

Для защиты самого пациента и его окружающих желательно, как правило, стационарное лечение в условиях закрытого отделения. Показано применение психофармакологических препаратов, а именно наиболее активных фенотиазинов и бутирофенонов. Терапия идентична проводимой при острых шизофренических психозах. Желательны относительно высокие дозы и достаточно длительный курс лечения. В остром состоянии парентеральное введение нейролептиков способно быстро привести к угасанию речевого возбуждения, беспокойства и агрессивности. Но избыток импульсивности и повышенное настроение при этом остаются неизменными. Следует рекомендовать и лечение солями лития, учитывая их седативное действие. Профилактика литием при биполярных психозах проводится так же, как при депрессиях. При лечении больных очень важно добиться того, чтобы они на определенный период были ограждены от внешних раздражителей; вести их следует в щадящей обстановке специального отделения. Рекомендуется дистанцированно-сдержанное поведение в общении с больным, чтобы не попасть под влияние его заразной веселости и энергии и сохранять позицию, позволяющую осуществлять намеченную программу, доброжелательно и без аффекта выказывать больному понимание, противостоять его агрессивности, не позволяя вывести себя из равновесия обидными высказываниями больного или его бестактностью. Психотерапевтические усилия в разгар фазы неэффективны. Они наталкиваются на отсутствие осознания болезни и переоценку маниакальным больным своей личности.

ЛИТЕРАТУРА

Kraus A.: Psychopathologie und Klinik der manisch depressiven Psychose. In: Peters U.H.: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. X. Kindler, Zürich 1980.

51 Симптоматика и течение шизофренных заболеваний

Цель обучения

Распознавание пациентов, больных шизофренией, по их психопатологической симптоматике, умение разграничивать подгруппы шизофренных расстройств и отличать так называемые продуктивные от так называемых непродуктивных психозов, знание течения шизофренных заболеваний.

Классификация

МКБ-9: 295

DSM III: 295

Симптоматология шизофренных заболеваний

Понятие «шизофрения» было введено в 1908 г. швейцарским психиатром О. Блейлером (E. Bleuler). Таким образом он расширил предпринятое впервые Крепелином (Krepelin) в 1896 г. объединение ряда психозов в нозологическую единицу «Dementia praecox», дополнив ее теми клиническими картинами, которые не ведут к слабоумию и не начинаются «преждевременно», как того требовала концепция Крепелина, в которой решающим признаком было прогрессивное течение болезни.

Расширенное толкование Блейлером понятия «шизофрения» и включение в него «доброкачественно протекающих» случаев вызвало научную дискуссию, которая не завершилась до сих пор. Некоторые авторы включили в «концепцию шизофрении» определенные депрессивные и невротические проявления. Безусловно, не обошлось и без попыток вновь сузить понятие шизофрении. Так, отделяли «шизофреноподобные»

или «пограничные психозы» от «собственно» или «истинных» шизофрений и «процессуальных» психозов. В эту последнюю группу вновь включались психозы, которые Крепелин обозначил как *Dementia praecox*.

Сколь различными остаются до настоящего времени представления об отграничении шизофренических психозов от психических расстройств иного рода, показала эмпирически одна английская рабочая группа под руководством *Д.Е. Соора*, сравнив диагностические критерии английских и американских психиатров. При этом выяснилось, что в США применяется очень расширительное понятие шизофрении (см. рис. 7), в то время как в Англии, напротив, значительно чаще ставится диагноз «аффективного психоза».

Это может частично объяснить то, что большинство англосаксонских социологических аргументов (например, теория *В. Labeling*), критикуя понятие шизофрении, имеют в виду именно те группы пациентов, заболевание которых при суженном толковании понятия не входило в рамки шизофрений.

Попытка найти выход из этой дилеммы *диагностической расплывчатости* впервые среди немецкоязычных психиатров предпринял *К. Schneider*, объединив определенные аномальные типы переживаний и аномальные симптомы их выражения. При этом отдельным симптомам в процессе диагностики придавалась различная степень значимости (табл. 5). *К. Шнайдер* различал среди патологических переживаний симптомы первого и второго ранга и предложил считать диагноз шизофрении правильно установленным только тогда, когда симптомы первого ранга представлены бесспорно, а наличие иных соматических (органических) заболеваний (опухоль моз-

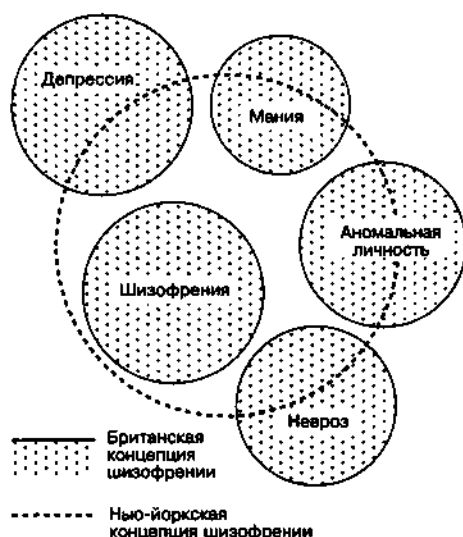


Рис. 7. Различия между концепциями шизофрении в Нью-Йорке и в Великобритании (по *Cooper et al.*, 1972)

Таблица 5. Симптомы 1-го и 2-го ранга при шизофрении

Патологические переживания	Симптомы 1-го ранга	Симптомы 2-го ранга
Слуховые галлюцинации	Диалоги голосов, комментирующие и императивные голоса, звучание мыслей	Другие слуховые галлюцинации
Галлюцинации общего чувства	Переживания воздействия на себя	Зрительные галлюцинации, обонятельные галлюцинации, вкусовые галлюцинации
Галлюцинации других органов		
Шизофренические нарушения «Я»	Проникновение чужих мыслей, отнятие своих мыслей, распространение мыслей, воздействие на свою волю	Простое вовлечение в бредовые переживания
Бред	Бредовые идеи воздействия	

га, эпилепсия, энцефалит, интоксикация, наркомания или иное органическое церебральное заболевание) не может быть доказано. Такое требование высказывалось им потому, что все симптомы первого ранга могут встречаться и в рамках психозов органического происхождения.

С другой стороны, симптомы первого ранга отнюдь не обязательны для диагноза шизофрении. Прежде всего, они встречаются не на всех стадиях заболевания. Болезненные симптомы могут время от времени отступать на задний план или даже полностью исчезать на какое-то время. Но это отнюдь не должно подвергать сомнению выставленный ранее диагноз шизофрении.

В этих случаях подтверждение наличия так называемых симптомов второго ранга в их связи с течением заболевания и определенными симптомами, к которым относятся формальные нарушения мышления, кататонические симптомы, а также аффективные расстройства и трудности контактирования, позволяют, в конечном счете, сделать «правильный» диагностический вывод даже тогда, когда мы продолжаем продвигаться в зоне диагностической расплывчатости, о которой упоминали выше.

Нельзя, однако, не подчеркнуть, что симптомы первого и второго ранга, перечисленные в табл. 5 в обобщенном виде, представляют собой объяснение того, каким образом шизофренические симптомы могут быть отграничены от сходных психических нарушений при других психических заболеваниях, и в первую очередь при маниакально-депрессивном психозе. Эти симптомы также ничего не говорят о значении каждого феномена для «сущности» шизофрении или ее этиологии. К тому же их нельзя смешивать с так называемыми основными или обязательными симптомами в смысле Блейлера и введенными им понятиями «первичных и вторичных симптомов шизофрении». Эти понятия являются следствием несколько иной теоретической модели представления о психических механизмах, лежащих в основе шизофренических расстройств, о которых мы в этом разделе не говорим подробно из чисто дидактических соображений.

Мы не хотели бы присоединиться к суждению, которое предусматривает связь между набором симптомов и необходимым при психиатрическом обследовании подтверждением, имеются или отсутствуют у больного эти симптомы. Такое суждение преграждает подход к пациенту, не помогает прочувствованному пониманию болезни. Совсем напротив, нам представляется необходимым наиболее четкое определение понятия, для того чтобы исчерпать все имеющиеся в настоящее время для больных шизофренией терапевтические и реабилитационные возможности, но в то же время не подвергать больных с другими заболеваниями этим бесполезным для них процедурам.

Ряд международных исследований показал, что почти 2/3 всех больных, диагностированных психиатрами как страдающие шизофренией, сами описывают те патологические переживания, которые соответствуют симптомам первого ранга К. Шнайдер. В тех случаях, когда в качестве диагностических критериев привлекались симптомы второго ранга и нарушения выразительных средств — ослабление влечений, разорванность мышления, социальная изоляция, — вероятность правильности установления диагноза шизофрении приближается к 90 %. Опираясь на этот опыт, в последние годы удалось разработать стандартизованные методики и указания, касающиеся путей получения необходимой информации при беседе с больным. С их помощью стало возможным получить относительно сопоставимые данные, не зави-

сящие от времени, места и личности врача, проводившего опрос, и прийти к сходным диагностическим построениям. Наиболее известным в этом ряду методом является Present State Examination (PSE), который основан на детализированном описании различных симптомов и представлен в настоящее время и в немецком переводе.

Результатом всех этих классификационно-диагностических усилий явилось разграничение *двух типов* шизофренических расстройств, соответствующее традициям Крепелина и Шнайдера, что вполне оправдано повседневной клинической практикой с точки зрения терапевтических и реабилитационных мероприятий. Первая группа пациентов обнаруживает синдром, который наиболее часто встречается в остром периоде шизофренических заболеваний. Симптомы, входящие в этот синдром, называют продуктивными или «цветущими» и чаще всего обозначают как *плюс-симптомы*.

Подразумеваются следующие феномены:

- озвученные мысли (способность слышать собственные мысли);
- диалог голосов (восприятие голосов в форме высказываний и возражений);
- комментирующие голоса (голоса, которые комментируют действия больного);
- императивные голоса (голоса, носящие характер требований);
- вкладывание мыслей (феномен констатации у себя чужих мыслей);
- отбирание мыслей (некто отбирает у больного его мысли);
- распространение мыслей (другие лица могут читать мысли больного);
- влияние на волю (собственные стремления и действия осуществляются под воздействием извне);
- переживание воздействия на свой организм (пациент испытывает облучение, которое ощущает как болезненное);
- бредовое восприятие окружающего (пациенты относят на свой счет повседневные явления, толкование которых не поддается коррекции).

Шизофренические расстройства «Я», бредовые толкования, а также слуховые галлюцинации у больных шизофренией даже для опытного исследователя представляют всегда новые яркие проявления.

У второй группы пациентов на передний план выступают *минус-симптомы*. Под этим термином понимают прежде всего утрату влечений, аффективную и социальную изоляцию пациента, обеднение словарного запаса, которое трактуется как «отрицательно импонирующий» симптом шизофренического расстройства мышления. Сюда же может быть отнесена утрата усилий напряжения и энергии и вытекающая из этого и более легко наступающая физическая и душевная опустошенность. Наконец, названная минус-симптоматика наблюдается прежде всего при хронических шизофренических расстройствах. При этом следует иметь в виду, что оба состояния могут переходить друг в друга; это вовсе не означает, что, после того как отзвучит острая фаза, она перейдет в хроническую с ее минус-симптоматикой. Но и клиническая картина, характерная для хронической фазы, может вновь перейти в острый шизофренический эпизод. Такого рода волнообразные изменения в клинической картине встречаются достаточно часто.

Дифференциальнодиагностические соображения

Психиатрическая диагностика все еще опирается в первую очередь на описание клинических синдромов. При этом дифференциальнодиагностические рассуждения в целом выстраиваются по *иерархической схеме*. В первую очередь должны быть ис-

ключены психозы, возникшие на фоне доказанного соматического заболевания. Процессы, ведущие к слабоумию, Корсаковский синдром, интоксикации, острые и подострые делириозные состояния вследствие злоупотребления алкоголем и медикаментами, нарушения мозгового кровообращения, энцефалиты, объемные процессы, прогрессивный паралич и психотические эпизоды в рамках эпилепсии — вот те важнейшие заболевания, которые должны быть исключены в процессе дифференциальной диагностики.

Если ни одно из названных соматически обусловленных заболеваний не выявлено, а у пациента на фоне ясного сознания обнаружены симптомы первого ранга, то может быть поставлен диагноз шизофрении.

Если симптомы первого ранга отсутствуют, то встает следующий вопрос: имеется ли бредовая настроенность иного рода? Если это так, то следует исключить маниакально-депрессивные заболевания и субкультурально-этнические факторы (см. с. 320 след.). Остается еще подумать о группе параноидных психозов, которые лучше всего классифицировать как параноидные синдромы (МКБ-9: 297). Однако во многих случаях эти синдромы относят к «группе шизофрений».

Если ни параноидные, ни галлюцинаторные симптомы при обследовании не выявлены, то становится более чем сомнительно, что диагноз шизофрении будет вообще правомерен даже тогда, когда установлены другие психотические феномены, такие, как формальные нарушения мышления или симптомы кататонии. Только в связи с анамнестически однозначно диагностированным шизофренным эпизодом названные расстройства приобретают соответствующее диагностическое значение. Что касается описанной выше «минус-симптоматики», то в тех случаях, когда ей не предшествовал типичный шизофренный эпизод, ее следует отнести к *личностным расстройствам* (МКБ-9: 301).

Невротические симптомы встречаются при всех формах шизофренных расстройств, но особенно часты они в начальной стадии заболевания. В таких случаях часто используется понятие «псевдоневротической шизофрении». В отсутствие симптомов первого ранга или других параноидных синдромов не следует вообще диагностировать ни «псевдоневротическую», ни «латентную», ни какую-либо другую шизофрению. Значительно правильнее будет описать возникшие клинические сомнения, чем расценить их как составную часть определенного диагноза.

Формы шизофрении (клинические типы)

Процесс диагностики не завершается на этапе диагностической классификации психического расстройства как шизофренного. Теперь на первый план выступает необходимость как можно лучше изучить жизненный путь и обстоятельства жизни больного, понять его чувства и страхи и приблизиться к его образу мыслей. Для этой цели недостаточна существовавшая до настоящего времени психиатрическая традиция делать вторую попытку диагностики шизофрении, ориентируясь на симптоматику. Выяснилось также, что разделение на формы: *кататоническая шизофрения, параноидная шизофрения, гебефренная шизофрения, простая шизофрения* — оказывается полезным только в редких случаях. Правда, существуют шизофрении, которые относительно однозначно могут быть отнесены к той или иной форме. Но значительно чаще это невозможно. Как правило, встречаются случаи, когда один и тот же больной, обследованный в разные периоды одним и тем же врачом или в одно и то же время разными

ми врачами, трактуется как параноидный, гебефренный или кататонический. Это зависит также от того, что состояние больного может быстро изменяться и, например, кататоническое состояние через короткий промежуток времени обрывается параноидной симптоматикой.

Несмотря на изложенные здесь ограничения и соображения относительно применения субклассификации, в заключение следует коротко охарактеризовать отдельные формы заболевания.

Гебефренная форма. Она характеризуется *относительно ранним началом* — на исходе пубертатного периода, а также нарушениями в аффективной сфере, расстройствами активности и мышления. С ними сочетаются приподнято-беззаботное настроение, нарушения выразительных средств и тенденция к обособленности.

Галлюцинаторно-параноидная форма. На первый план выступают *бредовые и галлюцинаторные переживания*. Начало заболевания наступает, как правило, позже, чем при гебефрении, чаще всего между 30 и 40 годами. Вследствие этого личность больного остается относительно сохранной. Однако галлюцинаторно-параноидные переживания часто оказываются резистентными к терапевтическим воздействиям.

Кататоническая форма. Этот вид шизофренических расстройств протекает в форме *острого возбуждения или ступора*. Очень часто наряду с кататоническими симптомами имеются бред и галлюцинации. Однако эти феномены остаются на втором плане. Прогностически кататонии оцениваются скорее как благоприятно протекающие, за исключением тех, которые дебютировали в подростковом возрасте.

Злокачественная кататония в настоящее время почти не встречается. К кататонической симптоматике присоединяются высокая температура, нарушения кровообращения, экзикоз, возможны геморрагии. Больные находятся чаще в ступоре с заметно повышенным мышечным тонусом, аффективно скованы либо в состоянии резко выраженного возбуждения. Отграничение от экзогенных психотических состояний отнюдь не просто. Эти состояния часто представляют угрозу для жизни. Показано применение интенсивной терапии и высоких доз сильнодействующих нейролептиков.

Простая шизофрения. Болезнь начинается *почти незаметно*, и ее течение кажется недраматичным. Галлюцинаторно-параноидные и кататонические симптомы отсутствуют. Больные постепенно утрачивают жизненную энергию и психическую активность, их поведение становится все более и более аутистичным.

Выше уже был поставлен вопрос, не лучше ли отнести эти особенности поведения диагностически к расстройствам личности.

Течение шизофренических заболеваний

Вплоть до 30-х годов нашего столетия существовала почти неоспоримая догма, что шизофрения в качестве «эндогенного» психоза проделывает свой «естественный» путь течения. Под этим разумелось, что заболевание, понимаемое как органический процесс, единожды начавшись, далее протекает шубообразно и естественным образом приводит к более или менее выраженным изменениям личности больного, которые всегда могут быть четко установлены. Внешним влияниям на заболевание не придавалось значения. В лучшем случае говорилось об их преходящей роли: они якобы не достигают «ядра» заболевания; биологическое поле процесса остается не затронутым ими.

Поэтому научный интерес к течению шизофренических психозов не мог развиваться далее, так как именно течение заболевания само по себе стало критерием диагноза.

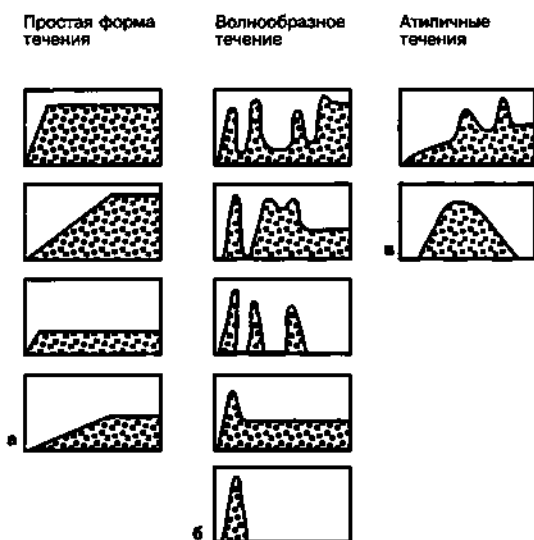


Рис. 8. Схематическое изображение различных типов течения (по М. Блейлеру)

Однако если неизлечимость становится решающим признаком шизофрении, то любой вопрос об условиях ее излечения отпадает.

Это представление не могло сохраниться в неприкосновенности после введения в практику «больших» соматических методов лечения. Успехи курсового лечения инсулином, ЭСТ и кардиазоловая судорожная терапия, с одной стороны, и психоаналитические методы — с другой способствовали началу дискуссии об изменчивости течения шизофренного заболевания. Эта дискуссия не завершена до настоящего времени. Только в последние годы опубликован ряд катamnестических исследований, которые вносят уточнения в наши знания и представления о течении шизофренных расстройств на протяжении длительных

периодов жизни. В некоторых основных положениях эти исследования совпадают:

1) не существует типа течения шизофренного заболевания; напротив, существует большое разнообразие возможностей его протекания (рис. 8);

2) только в 1/3 случаев наблюдается неблагоприятный исход; 20 % всех больных шизофренией излечиваются. Почти у половины всех больных шизофренией через много лет после начала заболевания отмечается значительное улучшение;

3) очень разнообразная продуктивная симптоматика в начале заболевания при дальнейшем течении болезни изменяется в сторону преобладания отрицательных, непродуктивных переживаний и моделей поведения больного;

4) ни наследственная отягощенность, ни пол или конституция, ни возраст, в котором дебютировало заболевание, не являются решающими биологическими факторами, определяющими течение болезни. В значительно большей степени важными являются преморбидные особенности личности, начальная симптоматика, а также тип течения. Чем уравновешеннее преморбидная структура личности, тем острее начало и продуктивнее симптоматика. Чем больше выражена фазность течения, тем благоприятнее прогноз болезни.

То, что прогноз для больного, заболевшего шизофренией, далеко не всегда зависит от примененных методов лечения, означает только, что при современном уровне знаний еще невозможно определить более точные показатели вероятного дальнейшего течения шизофренного психоза. Результаты трех приведенных в перечне литературы длительных катamnестических исследований немецких авторов однозначно свидетельствуют о том, что для пессимистического нигилизма нет оснований, когда речь идет о терапевтическом сопровождении больного шизофренией и о том, что врач должен запастись терпением, часто на многие годы.

ЛИТЕРАТУРА

Bleuler M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart 1972.

- Ciampi L., C. Müller: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin 1976.
- Huber G., G. Groß, G. Schüttler: Schizophrenie — eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Studie. Springer, Berlin 1979.
- Schneider K.: Klinische Psychopathologie. 13. Aufl. Thieme, Stuttgart 1987.

52 **Этиология и патогенез шизофренических заболеваний**

Цель обучения

Знание генетических и психосоциальных факторов, воздействие которых имеет значение для манифестации и течения шизофренических психозов.

После длившихся 100 лет усилий напасть на след причины или причин шизофрении в настоящее время мы уверены только в одном: современное состояние науки не позволяет сформулировать единую, свободную от противоречий теорию возникновения шизофренических расстройств. Это не означает, однако, что мы не в состоянии назвать более точно, чем несколько десятилетий тому назад, множество факторов, которые, бесспорно, могут находиться в причинной связи с этим заболеванием.

Напротив, чего не хватает, так это концепции, которая объединила бы в одно убедительное целое полученные разнородные данные — эпидемиологические, социологические, генетические, биохимические, психофизиологические, психодинамические, семейнодинамические, результаты психологического тестирования и терапевтических методов.

Поэтому мы вынуждены удовлетвориться возможностью установить, что при шизофрении речь идет о выраженном, обусловленном многими причинами нарушении психического равновесия человека. Таким образом, как классическая концепция «эндогенности» шизофрении, так и другие толкования, выдвигающие одну причину болезни, имеют значение только как исторический факт. В остальном более чем сомнительно, что в один прекрасный день появится некая теория, которая сможет объяснить все те нарушения, которые в настоящее время относят к шизофрениям.

Ниже будут изложены важнейшие биологические и психосоциальные данные, которые составляют основу современной концепции болезни.

Соматические факторы

Больные шизофренией, как правило, физически здоровы. Даже углубленное обследование с применением всех современных дополнительных лабораторных и рентгенологических методов не дает однозначных или специфических результатов. Это относится также ко всем анатомическим, нейрофизиологическим и биохимическим исследованиям, которым подвергаются больные шизофренией. Но все эти исследования, тем не менее, полезны, даже если они до настоящего времени и не дали результатов, позволяющих сделать определенные выводы.

С другой стороны, уместен вопрос, что добавило бы к пониманию болезни найденное определенное нарушение обмена у больного шизофренией. Бесспорно, мы узнали бы больше о нарушениях функций мозга. Поняли бы мы тогда, что происхо-

дит? Например, почему близнецы заболевают одновременно не в 100 % случаев? Было бы наивно предположить, что биохимический «дефект» является причиной шизофрении. Чаще задается вопрос, каким образом факторы окружающей среды и генетическое предрасположение действуют сообща, вызывая у определенного человека совершенно определенный характер нарушений, которые мы условно называем шизофренией.

Наследственные факторы

В настоящее время не возникает обоснованных сомнений в том, что наследственные факторы играют известную роль в возникновении шизофрении. Это предположение подтверждают результаты исследования близнецов и приемных детей, предпринятые в течение последних 15 лет.

Может считаться доказанным, что генетические влияния не имеют столь решающего значения, как это считалось прежде из-за допущенных методических ошибок, которые преувеличивали роль наследственности. Так, однайцевые близнецы заболевают одновременно только в половине случаев, т. е. значительная часть близнецов, имеющих единую наследственность, не заболевает.

Сопоставимое число исследований двуйцевых близнецов дает показатели, которые колеблются между 5 и 20 % и оказываются, таким образом, несколько более высокими, чем у детей разного возраста, чьи родители страдают шизофренией. В целом по населению вероятность заболеть шизофренией составляет 1 %.

Результаты обследования приемных детей подтверждают в целом результаты обследования близнецов. Дети родителей-шизофреников, усыновленные здоровой семьей вскоре после рождения, заболевают во взрослом возрасте чаще, чем усыновленные дети здоровых родителей. Таким образом, изучение усыновленных детей позволяет отделить «больные гены» от «больной среды». С другой стороны, давно известно, что примерно в 20 % случаев заболевание впервые проявляется в семье, в которой наследственная отягощенность не доказана. В остальном все полученные результаты указывают на то, что наследуется не само заболевание, а в первую очередь *уязвимость*, которая только при дополнительных неблагоприятных условиях приводит к развитию психоза.

Семейнодинамические аспекты

В 60-е и в начале 70-х годов оживленно дискутировался тезис, согласно которому родители своим поведением, отношениями друг с другом и к ребенку могут «сделать его сумасшедшим», т. е. довести его до заболевания шизофренией. За прошедшее с тех пор время такие рассуждения затихли и осталось очень мало исследований шизофрении, которые продолжали бы, например, придерживаться так называемой *гипотезы Duple-blind* как этиологического фактора. Если в рамках учебника и следует все же упомянуть об этих предположениях, то только потому, что подобные суждения еще достаточно широко распространены и нередко оказывают отрицательное воздействие на повседневную врачебную практику.

Стиль взаимоотношений по модели Duple-blind предполагает, что ребенок эмоционально очень привязан к своей матери, которая, со своей стороны, играет двойную роль, составные части которой противоположны друг другу и даже несовместимы. Таким образом, для ребенка создается невыносимый и неразрешимый конфликт, если он не может устраниваться от этого «источника конфликта».

Пример. Мать в присутствии других родственников приветствует вошедшего сына, протягивая к нему руки и этим побуждая его обнять ее. Если он хочет ответить на этот жест, у нее появляется отсутствующее выражение лица, останавливающее его, в то время как руки продолжают свой призывный жест. Раньше чем ребенок поймет что-либо в этой противоречивости, мать задает провокационный вопрос: «Ты любишь свою маму, не так ли?»

Некоторые исследователи утверждают, что подобный стиль общения и поведения в семьях с детьми, страдающими шизофренией, встречается весьма часто. Дальнейшие контрольные исследования не смогли подтвердить это положение.

Подобным образом для объяснения шизофренических расстройств привлекаются и другие модели семейных взаимоотношений, в которых «чрезмерно опекающая» мать провоцирует «расщепление» или даже «сдвиг в структуре личности» ребенка и становится этиологически значимым фактором. Все эти гипотезы, основанные на изучении малого количества случаев и являющиеся скорее интуитивными, чем методически чистыми, не подтверждались более поздними эмпирическими исследованиями.

Таким образом, прежде всего необходимо установить, что очень часто наблюдаемые внутрисемейные отношения не рождаются в воображении исследователей, что они ни в коем случае не наблюдаются только или преимущественно в семьях, где имеются дети, больные шизофренией и что, напротив, они весьма широко распространены. Они частично могут быть объяснены как реакция семьи на заболевание ребенка, развившееся по совершенно иной причине.

Шизофрения как нарушение обработки информации

Наряду с *особой ранимостью* больных шизофренией, которая подтверждается клиническими наблюдениями и наличествует в большинстве случаев и вне острого психоза, результаты экспериментальных исследований психозов показывают, что этой ранимости соответствует нарушение обработки информации. Одновременно с восприятием информации страдает также выбор реакции на нее. Предполагают, что полученные сигналы у больных шизофренией по сравнению со здоровыми быстрее приходят в непосредственное соприкосновение с «депо длительного хранения», так что невостробованная ранее информация в любой момент может быть мобилизована. Клинически это выражается в постоянном напряжении концентрации внимания у больного даже при получении им простейших заданий, выполнение которых у здоровых людей протекает автоматически. Порой дело доходит до «субъективных абсансов», во время которых больные не знают, что они только что сделали или сказали. И, наконец, собственные движения воспринимаются больным как измененные. В остром психозе может, например, при субъективно чрезмерно выраженной нагрузке произойти дестабилизация и, наконец, полный срыв всей психофизической системы, который характеризуется как безумие по сравнению с предшествовавшим ему состоянием равновесия. Такие процессы могут быть вызваны у здоровых людей действием галлюциногенов, сенсорной депривацией или другими длительными эмоциональными нагрузками. Это позволяет считать, что указанные процессы могут быть пушены в ход как с биологической, так и с психосоциальной стороны.

Если предположить, что именно степень *разлаженности* психофизической системы предопределяет, разовьются ли психотические симптомы или нет, то остается лишь констатировать, что среди этио-патогенетических факторов существует не столько качественное, сколько количественное различие между механизмами, определяющими психическое здоровье или вызывающими психический срыв.

Факторы, играющие роль пусковых механизмов шизофрении

За последние 20 лет мы относительно мало узнали о причине шизофренических расстройств. Однако мы узнали кое-что о тех факторах, которые *определяют манифестацию и течение болезни*. Придерживаясь точки зрения, что заболевание не могло бы возникнуть без участия соответствующих факторов окружающей среды, мы вынуждены подтвердить, что эти факторы являются *необходимой составной частью причин*, вызывающих манифестацию заболевания. Учитывая это, новое Life-event-исследование разработало шкалу значения жизненных событий для развития психических расстройств. При ближайшем рассмотрении этот исследовательский подход представляет собой логическую противоположность генетическому направлению исследований, так что остается надеяться, что в один прекрасный день удастся объединить в единую этиологическую модель существующие ныне не связанные между собой конституционные факторы и факторы окружающей среды.

С клинических позиций имеют значение три группы пусковых механизмов.

К **первой группе** относятся события, которые способны потрясти пациента. При этом речь идет отнюдь не только о неприятных событиях, связанных с утратой, болезнью, принятием трудных решений или чем-то подобным. Это могут быть и положительные события, например, профессиональный успех или даже лотерейный выигрыш. Таким образом, если все возможные события могут рассматриваться в качестве причины, практически не существует возможности принимать какие-то меры профилактики. Сама жизнь благодаря этому была бы очень обеднена. Практически ясно, однако, что люди, которые уже однажды перенесли психотический эпизод, обнаруживают *отчетливо выраженную более низкую толерантность в отношении стрессов*, чем это имеет место в населении в целом, и что все отягчающие обстоятельства способны спровоцировать новый приступ.

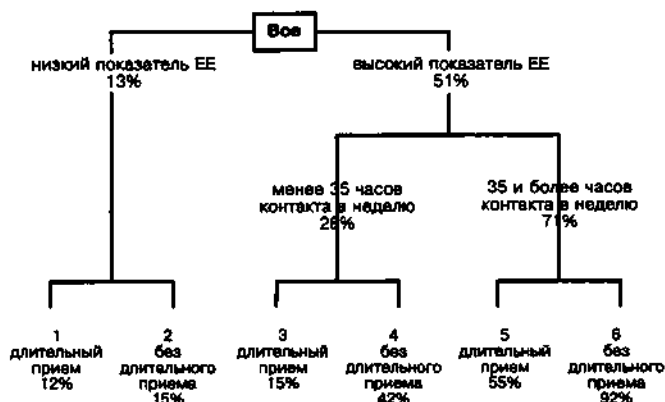


Рис. 9. Частота рецидивов (%) в группе из 125 больных шизофренией в течение девяти месяцев после выписки (низкий показатель EE: $n = 69$, высокий показатель EE: $n = 56$) (по Leff)

Во **второй группе** речь идет о факторах, связанных с личными взаимоотношениями пациентов в тесном кругу, в первую очередь такими, которые могут быть расценены как отрицательные. Одной группой исследований было показано, что число критических замечаний, которые позволяет себе сделать близкий больному человек, стоит в прямой связи с риском вызвать новый рецидив болезненного состояния. То же отно-

сится к длительности прямого контакта между пациентом и его близкими, например между сыном и матерью, особенно в тех семьях, где наблюдаются выраженные эмоциональные взаимоотношения. Прежде всего это относится к тем случаям, когда пациент не получает лечения нейролептиками. Связь между домашней эмоциональной атмосферой (expressed emotion — ЕЕ) и профилактикой рецидивов с помощью нейролептиков активно исследуется в последние годы. При этом выясняется, что рецидивы болезни у больных шизофренией, находящихся в домашних условиях, ожидаются скорее тогда, когда семейные взаимоотношения характеризуются высоким показателем ЕЕ. Длительный прием нейролептиков, так же как сокращение прямых контактов между пациентом и близкими членами семьи, а лучше всего и то и другое, способствуют предотвращению рецидивов. Это положение иллюстрирует рис. 9.

Третья группа факторов, провоцирующих рецидив, — *ятрогенная*. Нередко происходит так, что *повышенные требования реабилитационной программы* и досрочная выписка после стационарного лечения провоцируют новую психотическую декомпенсацию. Поэтому так важно правильно планировать терапевтические мероприятия и согласовывать рабочие места для больных с учетом их работоспособности.

Общим знаменателем для факторов всех трех групп является своего рода *неспецифический стресс*, на который возможны очень различные формы индивидуальных реакций. Большинство людей преодолевают подобные ситуации без особых трудностей. Больные шизофренией, напротив, обладают, очевидно, *особой ранимостью* в отношении таких нагрузок, и прежде всего тогда, когда они связаны с переменами

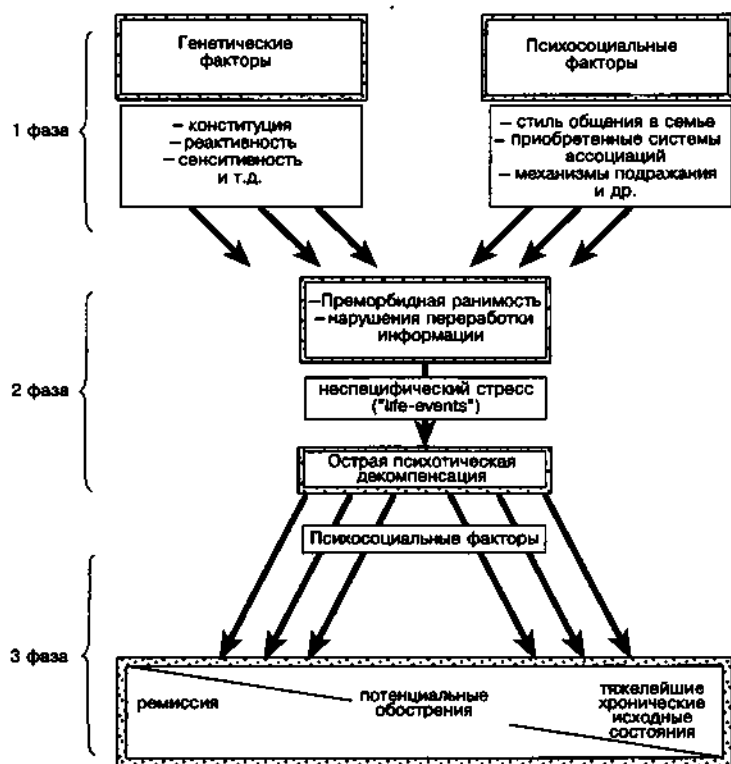


Рис. 10. Трехфазная модель шизофрении (по Ciompi)

и необходимостью приспособиться к новым условиям. При определенных обстоятельствах их реакции выражаются в появлении психотической симптоматики. Сущность этой ранимости еще в значительной степени не изучена.

Ciompri (1984) сделал попытку обобщить современное состояние знаний об этиологии шизофрении в форме *трехфазной модели* и присоединил к ней терапевтические соображения. Согласно этой модели, больные шизофренией страдают частично врожденной и частично приобретенной ранимостью, которая приводит их под действием отягчающих обстоятельств к манифестации психотических проявлений.

Схематически это представлено на рис. 10.

ЛИТЕРАТУРА

- Ciompri L.: Modellvorstellungen zum Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren in der Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 52 (1984) 200–206.
 Hirsch S.R.: Eltern als Verursacher der Schizophrenie. Der wissenschaftliche Stand einer Theorie. Nervenarzt. 50 (1979) 337–345.
 Katsching H.: Die andere Seite der Schizophrenie — Patienten zu Hause. 3. Aufl. Beltz, Weinheim 1989.
 Kringlen E.: Zum heutigen Stand der Schizophrenieforschung. Nervenarzt. 52 (1981) 68–73.
 Leff J.: Die Angehörigen und die Verhütung des Rückfalls. In: Katsching H.: Die andere Seite der Schizophrenie. 3. Aufl. Beltz, Weinheim 1989.

53 Терапия шизофренных заболеваний

Цель обучения

Знание терапевтических рамок условий при лечении больных шизофренией, важнейших нейролептиков, их действия и побочных явлений, применения нейролептиков при различных клинических проявлениях шизофрении, применения нейролептиков пролонгированного действия в амбулаторной практике и реабилитации.

Два практически одинаково важных метода терапии шизофренных расстройств — это социотерапия и соматотерапия. В то же время, специфические психотерапевтические методы в узком смысле отступают на второй план и применяются только в тех больницах, где имеются опытные в этой области специалисты. Одновременно следует признать, что психотерапевтическое поведение в отношении больного, страдающего шизофренией, понимание его душевных проблем и нужд является обязательным условием при любом виде терапии.

Социотерапия

Социотерапия должна принимать во внимание изложенные в предыдущих главах результаты исследований, согласно которым шизофренные расстройства, в общих чертах, могут проявляться двояко. При первом типе проявлений речь идет об остром начале с продуктивной симптоматикой, которая протекает в форме беспокойства, внутренней напряженности, страхов, бредовых переживаний, нередко с двигательным возбуждением. При втором, хроническом, типе на первый план выступают та-

кие симптомы, как утрата желаний, безынициативность, аффективное безразличие, обеднение речи, социальная изоляция.

Легко определить, что для каждого из двух синдромов требуется применение совершенно разных терапевтических методов. В то время как при наличии острой продуктивной симптоматики необходима защита от психосоциальных раздражителей в системе четко организованного и хорошо продуманного терапевтического окружения, для хронических, апатических, с ослабленными влечениями больных шизофренией, склонных к социальной изоляции, следует, наоборот, предпринять все попытки вывести их из этой летаргии, не прибегая при этом к повышенным требованиям, так как всегда существует опасность возврата острой симптоматики, а при известных условиях увеличивается и риск суицида. Для каждого отдельного пациента должна быть найдена своя мера, исключая гипер- и гипостимуляцию и одновременно помогающая выработать совместно с больным реальные планы на будущее, в которых учитываются и снижение его работоспособности, и инвалидизация и где его запросы согласовываются с реальными возможностями. Выполнение таких требований — тяжелая задача.

Соматические терапевтические методы — фармакотерапия с помощью нейролептиков

В историческом аспекте можно говорить о двух периодах в соматотерапии больных шизофренией:

- 1) так называемые шоковые методы — инсулиновая шоковая терапия и ЭСТ, — которые получили в психиатрии развитие в 30-х гг. нашего века;
- 2) фармакотерапия, введенная в 50-е гг. и приведшая к решительному улучшению лечебной ситуации.

Ниже будут изложены основные принципы фармакотерапии больных шизофренией, так как лечение инсулином в ФРГ полностью прекращено, а ЭСТ при шизофрении почти не находит применения.

Медикаментозное лечение больных шизофренией с помощью нейролептиков относится в настоящее время к стандартным терапевтическим методам. Медикаменты способны подавить некоторые психотические симптомы. Эффект достигается в значительной мере за счет «успокоения» психомоторики благодаря резко выраженному седативному действию, различному у отдельных препаратов, а также благодаря понижению уровня влечений и аффективной напряженности, включая анксиологическое действие. Существенного влияния на сужение сознания эти препараты не оказывают.

Совершенно ясно, что вещества с описанной характеристикой прежде всего подходят для желаемого воздействия на продуктивные симптомы, в то время как психозы, характеризующиеся минус-симптоматикой, значительно меньше реагируют на эти препараты. Нередко имеющаяся у больных симптоматика еще больше усиливается под воздействием психотропных препаратов. Таким образом, показанием для назначения нейролептиков в основном является группа острой галлюцинационно-параноидной шизофрении.

Классификация нейролептиков

Для практического применения нейролептиков используют два оправдавших себя принципа их подразделения: по химической структуре и по так называемому нейролеп-

тическому потенциалу. Под последним термином подразумевается интенсивность антипсихотического действия нейролептика, которое ранее рассматривали в совокупности с экстрапирамидными двигательными расстройствами, вызываемыми этими препаратами. При этом *per definition* действию хлорпромазина был присвоен нейролептический потенциал 1. Несмотря на то что создание новейших групп препаратов «антипсихотического» действия, не вызывающих экстрапирамидных двигательных симптомов, сильно изменило теоретические представления о механизмах действия нейролептиков, знание основных показателей нейролептического потенциала позволяет понять, какое действие и какие возможные побочные явления следует ожидать при назначении определенных препаратов. Основное правило гласит, что при применении нейролептиков с низким потенциальным уровнем степень выраженности антихолинергического действия идет параллельно седативному нейролептическому эффекту и, наоборот, «высокопотенциальные» нейролептики в большей степени вызывают экстрапирамидно-двигательные симптомы и в меньшей мере — вегетативные нарушения.

По химической структуре нейролептики можно разделить на четыре группы:

- трициклические нейролептики (в основном Phenothiazin и Thioxanten);
- производные бутирофенона;
- алкалоиды раувольфии;
- прочие нейролептики.

В клинической практике первое место принадлежит производным фенотиазинов и бутирофенонов. Алкалоиды раувольфии в настоящее время почти не применяются. Из числа нейролептиков, принадлежащих к другим группам химических соединений, в первую очередь следует упомянуть Sulpirid (Dogmatil), а также Clozapin (Leronex). Последний из-за своего токсического побочного действия (способен

Таблица 6. Обзор наиболее часто применяемых нейролептиков, расположенных с учетом их нейролептического потенциала и средней суточной дозы

Нейролептический потенциал	Химическое название	Торговое название	Средняя суточная доза
Очень высокий	Trifluoperidol	Tripendol	1–3 mg
	Benperidol	Glianimon	2–6 mg
	Fluphenazin	Lyogen, Dapotum	2–15 mg
	Haloperidol	Haldol	3–15 mg
Высокий	Flupentixol	Fluanxol	3–6 mg
	Pimozid	Orap	3–8 mg
	Trifluoperazin	Jatroneural	10–20 mg
	Perphenazin	Decentan	24–48 mg
	Periciazin	Aolept	30–50 mg
	Thiothixen	Orbinamon	20–80 mg
Средний	Triflupromazin	Psyquil	75–200 mg
	Cloperthixol	Ciatyl	75–200 mg
	Chlorpromazin	Megaphen	150–400 mg
	Levomepromazin	Neurocil	200–400 mg
	Perazin	Taxilan	200–500 mg
Низкий	Thioridazin	Melleril	200–400 mg
	Chlorprothixen	Truxal	200–400 mg
	Prothipendyl	Dominal	200–400 mg
	Pipamperon	Di piperon	200–420 mg
	Promethazin	Atosil	150–400 mg

вызвать агранулоцитоз) должен назначаться только по очень строго индивидуальным показаниям.

Число нейролептиков, поступающих в продажу, так велико, что даже специалисту трудно ориентироваться в их многообразии. Поэтому для личной практики и, особенно, в отдельных клиниках рекомендуется придерживаться определенного выбора, удовлетворяющего всем поставленным целям. Такая тактика оправдана еще и потому, что нейролептическое действие обеих химических групп отличается друг от друга не столько качественно, сколько количественно. В то же время побочные действия могут быть в значительной мере дифференцированы. Именно побочные действия определяют, в конечном счете, должен ли больной продолжать прием назначенного ему препарата после выписки из клиники. Табл. 6 представляет обзор применяемых нейролептиков, распределенных по их нейролептическому потенциалу.

Синдромы-мишени в лечении нейролептиками

В предшествующие годы было предпринято много усилий, направленных на поиск определенного препарата для определенного больного.

К сожалению, все эти поиски проводились методом проб и ошибок. В первом приближении можно ориентироваться на «симптом-мишень», находящийся на пе-

Таблица 7. Синдромы-мишени целенаправленного лечения нейролептиками

Шизофренические синдромы-мишени	Рекомендуемые типы нейролептиков			
	I	II	III	IV
Острые продуктивные галлюцинаторно-параноидные синдромы с выраженными нарушениями мышления	×			
Параноидные шизофренические синдромы преимущественно с психомоторным возбуждением и выраженным напряжением, беспокойством, возможно, со страхами и/или агрессивностью		×		
Острые шизофренические параноидные картины преимущественно с маниакальным аффектом и ассоциативной рыхлостью	×	×		
Шизофренические аутистические синдромы с апатией, утратой влечений, вялостью без резко выраженных продуктивных симптомов			×	
Подострые и субхронические шизофренические синдромы с резко выраженным депрессивным компонентом				×

Профиль действия отдельных типов нейролептиков:

Тип I. Нейролептик с сильно выраженным антипсихотическим действием («высокопотенциальный») из группы бутирофенонов (например, галоперидол) или высокопотенциальный препарат из группы Piperazine-Phenothiazin (например, флуфеназин).

Тип II. Нейролептики от среднего до сильного антипсихотического действия, но обладающие также седативным действием, относящиеся к группе фенотиазинов, как производное пиперазина Perphenazin и Levomepromazin.

Тип III. Нейролептики с антипсихотическим действием средней степени, с незначительным стимулирующим эффектом, например Pipozid из группы бутирофенонов или Thiothixen из группы тioxсантенов.

Тип IV. Нейролептики, обладающие незначительным антипсихотическим действием, не содержащие компонентов антидепрессивного или стимулирующего действия. Например, фенотиазины из группы пиперидилов — Thioridazin, из группы пиперазинилов — Perazin, из группы тioxсантенов — Chlorpromazin.

реднем плане психотических переживаний и поведения больного. Ослабление и смягчение симптомов достигается чаще всего низкопотенциальными нейролептиками, а острые, продуктивно-галлюцинаторные синдромы с расстройствами мышления требуют применение высокопотенциальных препаратов. Приведенная схема (табл. 7) уточняет это положение.

При состояниях возбуждения, связанных с бредовыми идеями и страхами, физически здоровым взрослым рекомендуется назначение 10 mg Haldol -i.v. (2 ампл. по 1 мл), который вполне оправдал себя. Если этого оказывается недостаточно, то можно назначить дополнительно 5–10 мг валиума (1–2 ампл.). Таким способом почти всегда удается добиться успокоения больного и снятия напряжения. Нередко после такой медикации больные ненадолго засыпают (при этом необходимо строго следить за состоянием кровообращения!).

Побочные действия нейролептиков

В связи с большим практическим значением побочных действий нейролептиков при лечении больных шизофренией эти побочные действия представлены ниже в систематизированном виде. Они могут быть подразделены следующим образом:

- экстрапирамидные двигательные побочные действия;
- вегетативные побочные действия;
- соматические побочные действия;
- психические побочные действия.

Экстрапирамидные двигательные побочные действия. На первом плане среди побочных действий стоит *паркинсоноид*, вызванный действием нейролептиков. Это медикаментозно обусловленное состояние, сходное с синдромом Паркинсона. В первую очередь он выражается в бедности движений (акинезии), ходьбе мелкими шажками с ограниченными движениями рук, сопровождающими ходьбу. В большинстве случаев этот синдром появляется через одну или даже несколько недель после начала лечения. После отмены нейролептика названные симптомы исчезают, длительные, затяжные проявления не наступают. Определенную роль играют предрасположение больного и его возраст.

В первые дни лечения, и особенно при назначении высокопотенциальных нейролептиков, следует считаться с возможностью наступления *ранних дискинезий*. При этом речь идет о судорогах языка, глотки, глазных мышц, челюстной мускулатуры и феноменах торзионной дистонии в плечевом поясе и затылочной области, а также о нарушении функции дыхательной мускулатуры. Естественно, что больные переживают появление этих феноменов с большим страхом. Подобные состояния хорошо прерываются одной ампулой акинетона внутривенно. Однако следует отказаться от профилактического назначения противопаркинсонных препаратов, так как они сами обладают побочными действиями (вызывают эйфорию, привыкание) и их прием вызывает повышенный риск возникновения поздних дискинезий.

У некоторых пациентов через несколько недель после начала лечения появляется двигательное беспокойство (*акатизия*). Больные не в состоянии спокойно усидеть на месте, долго топчутся, передвигаясь взад-вперед, и жалуются на выраженное внутреннее беспокойство. Антипаркинсонные препараты не оказывают на акатизию заметного влияния. В отдельных случаях благотворно действует смена препарата на нейролептик с более слабым потенциалом, например тиоридазин, или дополнительное назначение прометазина.

К сожалению, при длительном применении нейролептиков наступают и длительные расстройства в форме *поздних дискинезий*. Они проявляются в неконтролируемых сознательными волевыми усилиями движениях лицевой мускулатуры, мышц рта. К ним могут присоединиться хореоформные расстройства движений конечностей, ритмические движения корпуса и др. Удивительно, но не характерно то, что сами пациенты оценивают эти расстройства как мелочи, а иногда и вовсе не замечают их.

Иногда эти расстройства появляются только после проводимого на протяжении многих лет лечения нейролептиками. Однако описаны также случаи, в которых поздние дискинезии появляются уже после трех-шестимесячного курса лечения. Часто поздние дискинезии замечают только при снижении дозировок нейролептиков — это означает, что до того они были замаскированы.

Одновременное назначение антихолинэргических препаратов (например, акинетона), по-видимому, повышает риск наступления поздних дискинезий. Поэтому, прежде всего, следует назначать антихолинэргические препараты только при четко сформулированных показаниях в период лечения нейролептиками. В связи с тем, что дискинезии в начале своего появления могут быть обратимыми, следует внимательно относиться к их ранним симптомам и в случае необходимости пересмотреть возможность продолжения лечения нейролептиками.

Фактов излечения поздних дискинезий, когда можно с уверенностью говорить об успехе, неизвестно.

Вегетативные побочные явления. При назначении низкопотенциальных нейролептиков часто в первую очередь появляются вегетативные побочные симптомы. Наиболее частыми являются гипотония и ортостатическая дисрегуляция, сухость во рту, запоры, нарушения мочевыделения, головокружение, головные боли, нарушение аккомодации, тахикардия и аритмия.

«Органические» побочные явления. При лечении нейролептиками дело может дойти и до ряда расстройств со стороны отдельных органов и систем органов. Важнейшими являются: нарушения функции печени (повышение уровня ферментов), нарушение лейкопоза (лейкоцитопения, агранулоцитоз), эндокринные расстройства, связанные с ростом пролактина (гинекомастия, галакторея), нарушения в сексуальной сфере (утрата либидо, аспермия), расстройства сахарного обмена (понижение толерантности к глюкозе), нарушения терморегуляции (опасные повышения температуры в рамках так называемого злокачественного нейролептического синдрома), дерматологические нарушения (аллергические кожные реакции, фотосенсибилизация), офтальмологические нарушения (отложение пигмента в сетчатке, помутнение роговицы, хрусталика), фармакогенный делирий (особенно при приеме низкопотенциальных нейролептиков с резко выраженным антихолинэргическим действием, а также при комбинации с антихолинэргическими препаратами).

Учитывая все это, следует осознать, что нейролептики не являются безобидными медикаментами, даже если, к счастью, названные побочные явления редко бывают выраженными.

Фармакогенная депрессия. Депрессия, вызванная приемом нейролептиков, — это часто остающееся нераспознанным и именно поэтому нуждающееся в упоминании побочное явление. Возможность ее появления всегда должна быть предусмотрена при проведении лечения любыми нейролептиками. Она сама по себе нуждается в лечении либо путем снижения дозы применяемого нейролептика, либо путем перехода на другой препарат, либо, одновременно с этим, осторожным назначением антидепрессанта.

Длительное лечение больных шизофренией

Выше уже была описана *пониженная толерантность к стрессам* у больных шизофренией по сравнению со здоровыми. Это качество обуславливает *повышенный риск рецидивов* под влиянием всевозможных нагрузок. Почти 3/4 от общего числа впервые заболевших шизофренией переживают повторные приступы. Хотя в каждом отдельном случае предсказать риск повторного обострения затруднительно. Поэтому необходимо объединить всю известную информацию о больном — анамнестическую, психосоциальную и клиничко-психопатологическую, — чтобы принять по возможности обоснованное и рациональное решение о необходимости длительного лечения. Это необходимо потому, что риск наступления нежелательных побочных явлений, и в особенности поздних дискинезий, возрастает пропорционально продолжительности лечения. С другой стороны, многие исследования показали, что последовательно проводимое в течение длительного времени лечение существенно снижает риск рецидивов. Так, при длительном лечении нейролептиками обходится без повторных рецидивов втрое больше пациентов по сравнению с больными, не получающими поддерживающего лечения.

Несмотря на эти благоприятные результаты, нельзя сделать вывод, что каждый впервые заболевший шизофренией должен получать лечение в течение длительного времени. Часть больных переносит повторное обострение, несмотря на длительный прием назначенных им нейролептиков. С другой стороны, немало пациентов не переживают рецидива, хотя и не принимают в период ремиссии никаких нейролептиков.

В связи с отсутствием надежных прогностических критериев трудно установить твердые правила для назначения длительной терапии нейролептиками. Относительно облегчается оценка ситуации, когда она касается конкретного больного, который перенес несколько обострений, проходивших под действием приема нейролептиков, а после их отмены психотические симптомы появлялись вновь. Напротив, очень трудно принять решение в отношении пациента, заболевшего впервые. В таких случаях рекомендуется продолжать лечение после выписки из стационара лишь в течение нескольких месяцев, что защитит пациента от неизбежно надвигающихся на него нагрузок. Если в дальнейшем больной переносит несколько рецидивов, то, естественно, рекомендуется продолжение лечения в среднем на три года. Тем не менее, жестких критериев для определения сроков длительной медикации пока не существует. Поэтому в каждом отдельном случае следует руководствоваться предшествующим течением болезни и принимать решение с учетом других ситуативных факторов.

Выбор нейролептика. Широкое распространение получили для длительного лечения депо-препараты. Они дают гарантию того, что пациент действительно получает назначенную ему дозу. Дальнейшее преимущество состоит в том, что необходимая общая доза нейролептика может быть установлена на нижней границе, так как «First-pass-Effekt» предусматривает, что препарат минует неизбежные превращения в кишечнике и печени и связанное с этим понижение его уровня в плазме.

Больших различий в действии отдельных депо-препаратов не существует. Однако, как уже было показано выше, они отличаются друг от друга вызываемыми ими побочными действиями. Необходимо упомянуть седативный эффект, который при длительном лечении, как правило, нежелателен. Во всяком случае, имеются особенности индивидуального предпочтения определенного нейролептика, так что при необходимости может быть показана замена одного препарата другим.

Таблица 8. Депо-препараты для парентерального введения с указанием средних интервалов между инъекциями и средних доз

Краткое хим. обозначение	Торговое название	средняя доза (мг)	интервал	характеристика препарата
Flupentixol	Fluanxol-Depot	20 (-60)	2-3 нед.	Выраженное антипсихотическое действие; не усиливает негативную симптоматику
Haloperidol	Haldol-Decanoat	150 (100)	4 нед.	Выраженное антипсихотическое действие
Fluphenazin-Decanoat	Lyogen-Depot Depotum-D	25 (-75)	3 нед.	Выраженное антипсихотическое действие; фармакогенная депрессия
Fluspiriden	Imap	1-3(-6)	1-2 нед.	Антипсихотическое действие, депрессиогенное
Perphenazin	Decentan-Depot	100	2-4 нед.	Выраженное антипсихотическое действие, легкое успокаивающее действие
Clopenthixol	Ciatyl Depot	100 (-400)	2-3 нед.	Антипсихотическое действие, успокаивающее действие

Что касается нейролептиков с депонированным действием, то по уже изложенным выше соображениям следует опираться на собственный опыт применения хотя бы нескольких препаратов.

Интервалы между инъекциями отдельных медикаментов различны, в среднем от одной до четырех недель. Наиболее распространенные препараты с их средними дозировками, а также рекомендуемые интервалы между инъекциями представлены в табл. 8.

В остальном при выборе препарата отдавать предпочтение следует тому, который оказывал положительное действие на пациента во время острого психоза, или, по меньшей мере, на препарат из той же химической группы. Кроме того, избранная начальная доза должна постоянно контролироваться, так как на протяжении лечения может оказаться достаточной более низкая доза.

Некоторые депо-препараты имеются и в форме, предназначенной для приема внутрь. Это обстоятельство имеет в принципе преимущество более легкого подбора индивидуальной дозы медикамента, что делает пациента ответственным за прием лекарства. К сожалению, опыт показывает, что у большого числа пациентов прием медикаментов со временем приобретает нерегулярный характер. В связи с этим прием препарата внутрь следует рекомендовать только тогда, когда существует уверенность в готовности больного сотрудничать с врачом и выполнять назначения в течение длительного времени.

ЛИТЕРАТУРА

- Ciampi L.: Wie Können wir die Schizophrenen besser behandeln? — Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. Nervenarzt. 52 (1981) 506-515.
 Meyer J.E.: Die Therapie der Schizophrenie in Klinik und Praxis. Nervenarzt. 55 (1984) 221-229.
 Pietzcker A.: Langzeitmedikation bei schizophrenen Kranken. Nervenarzt. 49 (1978) 518-533.

54 Стратегия помощи психически больным*Цель обучения*

Способность понять и оценить проблемы целенаправленной и всесторонней помощи, в которой нуждаются психически больные; знание положения о психиатрической помощи в ФРГ и ее наиболее серьезных недостатков; знание основ новой организации психиатрической и психотерапевтической помощи.

Определение понятия и представление о целях

В понятие «стратегия помощи» должны быть включены и описаны организационные рамки и отдельные структурные элементы, которые определяют психиатрические, социальные и ведомственные (в рамках здравоохранения) усилия, необходимые для профилактики, лечения и реабилитации психически больных и инвалидов.

В «Отчете специальной комиссии о положении психиатрии в ФРГ», представленном Бундестагу в 1975 г., цели психиатрической и психотерапевтической помощи были сформулированы следующим образом:

«...С помощью профилактики и излечения или смягчения течения болезней и инвалидизации облегчить гражданам возможность строить их жизнь по своему желанию и согласовывая ее с интересами других, но с наименьшим учетом ограничений, обусловленных состоянием их психического здоровья».

Оценка политики здравоохранения относительно предоставления больным отвечающей их потребностям и всесторонней помощи определяет отношение правительства ФРГ к этому докладу от февраля 1979 г.:

«...Определение того, что следует рассматривать как целесообразное, должно быть ориентировано на понятие болезни, которое соответствует понятиям, применяемым в соматической медицине. При этом не последнюю роль играют не субъективные расстройства самочувствия, а установленные врачом объективные признаки, которые из-за их влияния на *функциональные способности больного* требуют проведения лечения».

Выдвижение на первый план уровня функциональных способностей больного по отношению к его субъективным переживаниям делает очевидной социально-экономическую связь психиатрических лечебных рекомендаций с политической реальностью. Меры принуждения, существующие в настоящее время в рамках нашего общественного порядка, становятся более очевидными, чем это имеет место в других областях медицины. Это вызывает скепсис в отношении готовности общества к экономическим жертвам с целью смягчить судьбу тех, кто, страдая психическим заболеванием на протяжении длительного времени, не соответствует идеалам деятельного, трудоспособного общества.

Потребность — нуждаемость в лечебной помощи и удовлетворение спроса

Стратегия помощи психически больным должна быть ориентирована на нужды этих больных. Это лежащее на поверхности тривиальное требование представляет для экспертов в вопросах психиатрии большие трудности в связи с множеством проблем, характер, количество и распределение которых в населении необходимо выявить, чтобы сделать определенные выводы об истинной нуждаемости в лечении.

Границы ответственности психиатра. С самого начала необходимо поставить вопрос, чьи потребности в лечении составляют предмет ответственности специалистов-психиатров и психотерапевтов. Если мы не желаем превращать в проблему, требующую лечебного вмешательства, каждую кризисную ситуацию, сопровождающуюся преходящим расстройством настроения, неудовлетворенностью, подавленностью, опасениями и страхами и таким образом превратить 80 % населения в пациентов, то необходимо внести ясность в вопрос, что же следует отнести к психическим болезням, или хотя бы определить сравнительную необходимость лечения. Известно, что эта проблема может быть решена при наличии точных дефиниций. Достоверность психиатрических диагнозов выше, чем утверждают скептики. Но это в первую очередь относится к тяжелым психическим заболеваниям, органическим и деструктивным поражениям мозга, а также к органическим и функциональным психозам. Значительно больше мнения специалистов расходятся при оценке *необходимости лечения* так называемых личностных расстройств, психосоматозов, неврозов и особенно последствий психических нагрузок и конфликтов.

Чем больше расстояние до границы со «здоровьем», тем активнее должны быть психиатрические и психотерапевтические службы в *профилактике* тяжелых психических расстройств. Если же все жизненные проблемы будут безоговорочно включены в компетенцию врачей-психиатров, то никакая социальная служба не сможет выдержать финансирования на эти цели; это приведет к разрушению *потенциала самопомощи* больных и их ближайшего окружения.

Какому характеру потребностей больных и членов их семей, соседей, сослуживцев должна удовлетворить достаточная по объему система помощи? Если еще несколько лет тому назад на первый план выдвигалась попытка устранить болезненные симптомы у конкретного больного, то в настоящее время все более отчетливо ви-

дится необходимость включить в объем лечебной помощи *социальные связи*, семью, учитывать жилищные и профессиональные проблемы. Наряду с этой новой ориентацией такая позиция означает перемещение центра тяжести терапевтических усилий от стационарного содержания к усиленной организации полустационарных, дополнительных и амбулаторных учреждений.

Охват потребности в лечении требует критической оценки по меньшей мере в двух направлениях. С одной стороны, больные и их близкие должны быть в состоянии распознать психические расстройства, квалифицировать их как болезненные, нуждающиеся в лечении. Ряд психических заболеваний, требующих лечения, протекает без субъективных ощущений и понимания наличия болезни. Именно у близких (членов семьи) больного в нижних слоях общества или в маргинальных группах, в связи с их особой толерантностью или безразличием к необычному поведению, возникают особые трудности. Они возрастают еще и потому, что доступ терапевтических служб к членам этих групп общества очень ограничен. Следовательно, для того, чтобы выявить потребность в лечебной помощи в указанных группах, необходима активная «поисковая» служба, особенно в горячих социальных точках.

С другой стороны, важно не смешивать потребность в специализированной врачебной помощи со стационарной помощью, которая, безусловно, желательна по чисто профессиональным соображениям и при необходимости должна оказываться. Системы оказания помощи не должны становиться самоцелью.

Удовлетворение спроса на психиатрическую и психотерапевтическую помощь упирается, в первую очередь, в потребность во врачах-специалистах. В этой связи проводится изучение *нагрузки* имеющихся служб: — роста числа посещений врачей и врачей-специалистов, а также нагрузки других психо-социальных учреждений (например, детских садов, специальных школ и др.), — *статистический учет обращений* (например, в Маннгейме, Камбервелле в Лондоне), который существует в отдельных регионах для обобщения всех контактов с учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь. Такой учет позволяет проводить количественный и качественный анализ обращений и их удовлетворения в отдельные дни, а также изменения нагрузки на протяжении больших отрезков времени, и определение их зависимости от различных условий, например в связи с открытием на территории новых лечебных учреждений (Wing, 1973).

Для обеспечения наиболее точной и всесторонней (но и наиболее удобной для пользования) информации о психически больных и нуждающихся в лечении рекомендуются эпидемиологические исследования больших популяций или выборочные обследования репрезентативных групп с целью выявления частоты и характера психических расстройств. При использовании однородных и обязательных определений «случаев» и показателей потребности в лечении оказывается возможным сравнение национальных и международных показателей (Dilling u. Mitarb. 1984, с. 15).

Социальные и культуральные влияния. Определение нуждаемости в специализированной помощи включает также экспертную оценку многообразных *социальных и культуральных влияний*. Таким образом, *спрос* на лечебные учреждения и виды помощи не может рассматриваться иначе как проблема, относящаяся к кругу государственных интересов. Поэтому определение спроса в цифровом выражении (например, количество коек, необходимое на определенную численность населения) должно осуществляться с некоторыми ограничениями. Например, в последние годы относительный рост численности в населении лиц преклонного возраста привел к резкому

увеличению потребности в психиатрической помощи в связи с дезинтеграцией их социальных связей. Следствием этого явился значительный рост потребности в специализированных учреждениях.

Обзор ситуации

Двадцатью годами позднее, чем в других сходных по уровню культуры государствах, т. е. в 70-х годах, в ФРГ началось осмысление состояния психиатрической и психотерапевтической помощи населению и ее реорганизация. С 1975 г. правительство располагает докладом объемом в 1400 страниц, который представлен Специальной комиссией. В этом докладе изложены серьезнейшие недостатки, вплоть до нечеловеческих условий содержания психически больных в психиатрических больницах. Критические замечания касаются двух основных направлений психиатрической помощи:

1. Психиатрические колонии (ищущее название: специальные больницы), в которых находилось 80 % всех **стационарированных** больных, были в 1973 г.:

- *слишком большими*: 68 % коек находились в заведениях, рассчитанных на более чем 1000 коек;

- *слишком старыми*: 2/3 коек находились в строениях, построенных до 1925 г.;

- *располагались слишком далеко от жилых массивов*. Эти больницы были слишком велики для регионов с твердо установленными границами участков и предназначались для удовлетворения в госпитализации населения в 1 млн жителей. Среднее расстояние между больницей и прикрепленными к ней территориями составляло почти 30 км.;

- *время пребывания в стационаре было слишком большим*. В период проверки почти 2/3 больных, т. е. около 60 тыс. человек, находились в психиатрических больницах более двух лет, а почти 1/3 — более 10 лет;

- *часть пациентов была госпитализирована без достаточных оснований*. Почти 20 % составляли умственно отсталые, которые не могли получить в психиатрической больнице необходимой им лечебной и социально-педагогической помощи;

- *положение с персоналом и терапией вызывало тревогу*. В зависимости от размера больницы один врач приходился на 60 больных, а в больницах более чем на 1000 коек — на 200 больных. Один психолог обслуживал до 506 больных, а один социальный работник — даже до 540 больных. Только 26 % сотрудников, руководивших трудотерапией и терапией занятостью, имели законченное специальное образование. На каждого из них приходилось примерно 180 больных. На лиц из числа персонала, осуществляющего уход, приходился 1 ключ на помещения, где было 43 койки. Лишь 42 % ухаживающего персонала имели утвержденную государством квалификацию.

2. **Амбулаторная** психиатрическая помощь в ФРГ осуществлялась почти исключительно практикующими психоневрологами и психотерапевтами.

Число психиатров, оказывавших амбулаторную помощь в рамках касс по социальному страхованию в декабре 1977 г., было ниже принятых международных норм: на одного врача приходилось не менее 50 тыс. жителей.

Была констатирована неравномерность расположения амбулаторных служб и кабинетов в различных регионах. При этом в наиболее невыгодном положении находились сельские местности. Насчитывалось 140 округов и малых городов, в которых не было ни одного практикующего врача-психоневролога. Сходное положение наблюдалось и у 1300 специалистов-психотерапевтов, принимавших взрослых (из них более половины имела постдипломное образование), и у 286 психагогов (психотерапевтов, занимающихся с детьми и подростками), чьи кабинеты располагались почти исключительно в больших городах.

Комиссия подвергла критике также недостаточную связь между амбулаторной и стационарной службами:

— ситуация выглядела так, словно каждая из двух служб оказывает помощь совершенно разным группам больных, которые соприкасаются друг с другом только в незначительной мере. Это следовало хотя бы из того, что из всех пациентов одного обследованного региона только 4 % лечились как амбулаторно, так и в стационаре;

— до 85 % больных, выписанных из больниц, не посещали в дальнейшем врача-психоневролога, так что длительное дальнейшее наблюдение было обеспечено только небольшому числу больных;

— переходу от многомесячного, а иногда и многолетнего пребывания в стационаре к амбулаторному лечению препятствовало абсолютно недостаточное количество *полустационарных* учреждений (дневных стационаров) и *вспомогательных служб* (дома временного проживания, жилищные объединения, трудовые мастерские).

Последние 15 лет, прошедшие с момента представления упомянутого доклада специальной комиссии, проходили под знаком качественных и организационных реформ психиатрической помощи на основе сформулированных ею рекомендаций. Общественное сознание оказалось более подготовленным и внимательным в отношении раскрытых недостатков и более оппозиционным в отношении альтернативных методов лечения. Региональные программы отдельных земель и «программа-модель» федерального правительства, обеспеченная 200 млн DM, помогла не только осуществить строительные мероприятия с целью устранения катастрофически бесчеловечных условий в лечебных учреждениях, но и реализовать многочисленные инициативы по легоспитализации хронических больных и строительству промежуточных и амбулаторных учреждений. Число коек в больших психиатрических больницах ФРГ снизилось в отдельных землях на 20–30 %. Одновременно выросло число мест в жилищных и переходных объединениях. Во многих городах открылись психиатрические отделения в многопрофильных больницах (в среднем около 100), в которые принимаются больные, проживающие на прикрепленной к больнице территории, которые до того были прикреплены к большим психиатрическим больницам. Таким образом был открыт путь к децентрализации стационарной психиатрической помощи.

До сих пор еще 2/3 всех коек находятся в больницах, рассчитанных на 500 и более мест, и почти все большие психиатрические больницы имеют прикрепленные территории с населением, превышающим 100 тыс. жителей. Еще слишком много хронически больных являются «долгожителями» психиатрических больниц. Даже в психиатрических клиниках земли Рейнланд в 1987 г. до 35 % всех больных находились в стационаре более 2 лет, а 10 % — дольше 20 лет.

Значительно улучшилось положение с персоналом психиатрических больниц. Штатные должности врачей, психологов и социальных работников даже в учреждениях, расположенных вдали от городов, в значительной мере заняты. Штатные должности психологов и социальных работников удалось увеличить на 100 %, а персонал по трудовой терапии и терапии занятостью — на 50 %. Несмотря на относительное увеличение численности персонала в среднем на 15 %, общее положение в этой области улучшилось незначительно. Усложняющиеся задачи, которые ставятся перед персоналом, и возрастающая интенсивность труда при сокращении рабочего времени с 48 часов в неделю в 1950 г. до 38,5 часов в неделю в 1990 г. в равной мере мало способствовали соответствующему повышению занятости штатных должностей. В связи с этим в некоторых регионах в психиатрических учреждениях отмечается «дефицит ухода».

Что касается амбулаторной помощи, то число практикующих врачей-психоневрологов по сравнению с 1970 г. выросло очень значительно. Более 2400 врачей практикуют на прикрепленных к ним территориях. Кроме того, более 500 врачей оказывают психотерапевтическую помощь, не имея прикрепленной территории. И прежде, и в настоящее время подавляющее число врачей сконцентрировано в больших городах.

Благодаря новому федеральному законодательству в области социального обеспечения (RVO), принятому в 1976 г., психиатрические больницы получили возможность организовывать собственные амбулаторные отделения. Правда, этой возможностью воспользовались только отдельные земли (Северный Рейн-Вестфалия). Медленно проходило создание социально-психиатрических служб при органах здравоохранения или в форме самостоятельных заведений. Некоторые земли, в том числе Нижняя Саксония, приняли собственные законы, которыми предусмотрено создание социально-психиатрических служб в общинах. Проведение этих законов в жизнь наталкивается, однако, на существенные финансовые трудности в здравоохранении.

Если в 1975 г. дневные клиники можно было сосчитать по пальцам одной руки, то сейчас их имеется уже больше 100. Большинство из них организационно связаны с психиатрическими клиниками. Их доля в стационарной помощи составляет еще менее 15 %.

Новые положения

В 1988 г. Комиссия экспертов при Федеральном правительстве представила свои «Рекомендации реформ оказания помощи в области психиатрии, психотерапии, психосоматики». Опираясь на доклад Специальной комиссии от 1975 г. и на достигнутые за последующие 10 лет успехи в развитии основных организационных форм и содержания «Программы-модели психиатрии», она предложила новые меры для дальнейшего улучшения психиатрической помощи, целенаправленные и соответствующие потребностям современного общества. Комиссия уделила особое внимание положению хронических психически больных и подняла вопрос о возможности возложить ответственность за помощь психически больным на местные органы самоуправления.

Основные направления дальнейших мероприятий, содержащиеся в Предложениях новых организационных форм, и их содержание могут быть изложены следующим образом:

Профилактика

Условиям возникновения психических расстройств и обстоятельствам, способствующим их хронификации, следует уделять особое внимание при изучении жилищных условий и условий труда. Результаты этих исследований должны настойчивее доводиться до сведения пациентов и лиц в составе администрации, несущих политическую ответственность за этот участок работы, например при строительстве новых районов или при разработке трудовых процессов на производстве. В основу психиатрической и психотерапевтической деятельности должны быть положены новейшие знания о предмете.

Просвещение

Выявление психически больных и умственно отсталых невозможно без продуманной и обоснованной системы просвещения населения. Необходимо интенсифицировать общественную работу. При этом особое внимание должно быть уделено влиянию установок тех профессиональных групп, которые традиционно противопоставляются душевнобольным, — врачей, психологов и др., — а также предубеждениям, распространенным в населении.

Самопомощь

Одной из важнейших основ новой концепции является принцип «самопомощь предшествует посторонней помощи». Большинство психосоциальных проблем, возникающих до начала психической болезни, при жизненных кризисах, например в случае смерти близких родственников или при конфликте с окружающими, преодолеваются легче при участии групп самопомощи, ближайшего психосоциального окружения. Это необходимо иметь в виду, если мы не хотим сделать большинство населения зависимым от профессиональной психиатрической помощи.

Скрытое желание «быть объектом лечения», основанное на системе помощи, оказываемой большими психиатрическими больницами, должно скорее не поощряться, а преодолеваться. В связи с отгороженностью и отдаленностью такого стационара от места проживания пациент оказывается оторванным от своих социальных связей, становится пассивным, утрачивает самостоятельность. Если выписка больного из больницы и его возвращение по месту жительства не подготовлены, он оказывается перед непреодолимыми трудностями, так как система, ориентированная на помощь со стороны, не может предложить ничего кроме коротких контактов с практикующим врачом или повторной госпитализации. Напротив, система помощи, ориентированная на профилактику и психотерапевтический подход, должна мобилизовать и поддерживать инициативы самопомощи даже в преддверии психического заболевания и, особенно, в период пребывания больного в стационаре. (Особенно следует поддерживать создание стационара, максимально приближенного к прикрепленной территории; см. с. 401 след.) Попытки перехода от «помощи со стороны» к «самопомощи» распространяются и на создание дополнительных, полустационарных и амбулаторных служб.

Близость к общине. Доступность

Психиатрические и психотерапевтические учреждения должны быть «доступны», как это в общих чертах сформулировано комиссией. Если психические нарушения пациента не могут быть компенсированы усилиями самопомощи, то необходимая лечебная помощь должна быть доступной во всякое время и находиться в непосредственной близости. Многочасовая поездка, так же как и многонедельное или даже многомесячное ожидание диагностического обследования и лечебной помощи, полностью лишают надежды многих больных. Чем тяжелее болен или социально обездолен больной, тем труднее ему перешагнуть и без того высокие преграды перед лечебным учреждением. Становится ясным, что многоплановая помощь должна быть мобильной, т. е. готовой прийти на помощь больному или находящемуся в зоне риска, активно оказать эту помощь.

Равенство возможностей

Именно в низших слоях населения и в маргинальных группах существует не установленная и статистически недостоверная частота психических заболеваний. Попытка создать для всех равные возможности в рамках специализированной помощи означает также удовлетворение психиатрических и психотерапевтических запросов не только представителей средних слоев, но и всего населения в целом.

Далее, принцип равенства возможностей означает и одинаковый подход к соматическим и психическим расстройствам. С учетом того обстоятельства, что психиатрическая помощь не только по времени, но и по форме развивалась изолированно

от общей медицины, сегодня задача заключается в том, чтобы интегрировать психиатрию в общую медицинскую помощь. А это означает такой же экономический подход к психиатрическим больницам и отделениям, как к больницам и отделениям иного медицинского профиля, как это предусмотрено принятым в 1972 г. Законом о финансировании больниц. Проблематичной остается дифференциация в тех случаях, когда лечение и уход за психически больными существенно отличаются от методов, принятых в стационарах другого профиля. И все же для 25–70 % пациентов специализированных больниц источником оплаты их лечения остаются органы социального обеспечения.

Координация

Профилактические и лечебные возможности психиатрической/психотерапевтической помощи принципиально ограничены. Во избежание потерь вследствие трений, обусловленных нечетким разделением профессиональных обязанностей и дублированием лечебных мероприятий, с одной стороны, и с другой — с целью ликвидации пробелов в спросе на специализированную помощь необходима координация всей деятельности в целом. Предусмотренные для достижения этой цели «психосоциальные рабочие содружества» оправдали себя в некоторых городах (например, Гиссене, Ганновере). Не следует упускать из виду, что этим структурам предоставлена только консультативная функция, и их влияние на решения администрации в большинстве случаев остается незначительным, а успех зачастую зависит от веса отдельных лиц, занятых в этой области.

Преимственность

Лечение психически больных должно проводиться при условии его соответствия дифференцированной ступенчатой структуре предлагаемых услуг. Это тем более необходимо, когда речь идет о помощи больным характерологически измененным, с проблемами в общении с окружающими, когда не представляется возможным смягчить их обнищание или непереносимое изменение социального статуса. Выбор применяемой «лечебной цепочки» должен строго соответствовать индивидуальным проблемам больных и осуществляться обоснованно, по принципу: отводить профессиональной помощи, включая госпитализацию, лишь столько места, сколько неизбежно необходимо. Это означает следующее:

- амбулаторной помощи отдается предпочтение перед лечением в стационаре;
- вспомогательные структуры (места временного проживания, жилищные сообщества, производственные мастерские и др.) должны использоваться стационарами, расположенными на территории региона.

«Лечебные цепочки» в описанной форме эффективны именно для психотического больного, и только тогда, когда осуществляется принцип преимущественности в лечебных мероприятиях. На различных стадиях лечения и реабилитации больной должен находиться под наблюдением одного и того же врача или, по крайней мере, под наблюдением разных, но тесно сотрудничающих друг с другом лечебных групп, которым больной доверяет.

Следствие: психиатрическое объединение на территории общины

Изложенные выше основные направления новой организации психиатрической помощи могут быть реализованы только при объединении усилий региональных и ком-

Таблица 9. Предлагаемые виды обслуживания в стандартном прикрепленном районе (по давшим Комиссии экспертов, представленным Бундестагом, 7/4200, 1975)

Виды психиатрических и психотерапевтических/психосоматических, а также реабилитационных служб				
Общее профессиональное и непрофессиональное консультирование на участках: воспитание, попечение о душевном спасении, вопросы, отделы здравоохранения, отделы по трудоустройству и социальному обеспечению, социальная работа		Консультации практические врачи и врачи общемедицинской специализации		Психосоциальные контактные пункты врачи-специалисты по другим дисциплинам
Амбулаторные службы				
— практикующие психоневрологи — практикующие врачи психотерапевты и психотерапевты без врачебного образования — консультации для детей, подростков и родителей	стационарные службы — психиатрические отделения в многопрофильных больницах — психотерапевтические/психосоматические отделения в психиатрических больницах и многопрофильных больницах — геронтопсихиатрические отделения — приемные отделения для психически больных преклонного возраста	вспомогательные службы — приюты временного проживания — приюты и специализированные группы квартир и отдельные места дневного пребывания — клубы пациентов — учреждения для наиболее тяжелых инвалидов и инвалидов с множественной патологией	специальные реабилитационные службы — мастерские для инвалидов — защитные рабочие места	службы для работы с инвалидами — учреждения для раннего распознавания, ранней диагностики, раннего начала лечения — специальные детские сады — специальные школы — специальные классы — службы, предлагающие места проживания — учреждения для повышения образования, организации досуга и отдыха
— амбулаторные службы при психиатрических лечебных центрах — психотерапевтические/психосоматические поликлиники — специализированные амбулатории	полустационарные службы — дневные и ночные стационары — дневные и ночные стационары для отдельных групп больных	стационарные службы — психиатрические отделения в многопрофильных больницах — психотерапевтические/психосоматические отделения в психиатрических больницах и многопрофильных больницах — геронтопсихиатрические отделения — приемные отделения для психически больных преклонного возраста	специальные реабилитационные службы — мастерские для инвалидов — защитные рабочие места	службы для работы с инвалидами — учреждения для раннего распознавания, ранней диагностики, раннего начала лечения — специальные детские сады — специальные школы — специальные классы — службы, предлагающие места проживания — учреждения для повышения образования, организации досуга и отдыха
Координация		Комитет психосоциальной помощи Кооперация платящих Психосоциальные рабочие объединения		Планирование

мунальных служб, деятельность которых регламентирована и ясна как нуждающимся в помощи пациентам и их близким, так и лицам, оказывающим лечебную помощь. Оказание необходимой помощи нуждающимся в ней не должно выноситься за пределы общины, а предоставляться на месте и в расположенном поблизости учреждении. Это означает, что новая ориентировка программы мероприятий коренным образом улучшает исторически сложившуюся практику, когда община, как правило, делегировала свою ответственность за оказание помощи и особенно за стационарное содержание своих больных и умственно отсталых на уровень федеральной земли, т. е. на неместного носителя социальной помощи (Земельное объединение, Земельная благотворительность и др.), подобно тому как осуществляется строительство дорог и уход за памятниками. Общинам должна быть возвращена по крайней мере часть ответственности за своих психически больных и умственно отсталых. При этом следует принимать во внимание бесспорно различные запросы общин и развивать помощь достаточно гибко, с учетом местных потребностей. В данном контексте «общинная психиатрия» должна рассматриваться отдельно от понятия «психиатрическая помощь, приближенная к общине» (как она сформулирована Комиссией специалистов). В настоящее время речь идет о том, чтобы интегрировать эти учреждения, приближенные к общине, в рамки общинной психиатрии.

Комиссия экспертов рекомендовала создать в общинах психиатрические объединения, рассчитанные максимально на 250 тыс. жителей. Внутри таких регионов должна развиваться дифференцированная, отвечающая разнообразным запросам служба с амбулаторными, полустационарными, дополнительными и стационарными учреждениями, с учетом соблюдения всех перечисленных выше принципов, способная удовлетворить все потребности региона в психиатрической помощи (см. табл. 9). Практический опыт показывает, что наличие психиатрических коек в многопрофильных больницах и наличие университетских психиатрических клиник также мало покрывает сверхрегиональную потребность в наблюдении и лечении особо трудных или резистентных в отношении терапии больных. Тем самым подтвердилась необходимость возложить эти обязанности наблюдения и лечения на определенные амбулаторные службы и стационарные учреждения и взять на себя ответственность за лечение всех жителей определенного региона.

Приведенная здесь в общих чертах концепция общинной психиатрии должна быть на практике защищена от схематичности и бюрократизации. Рекомендации Комиссии экспертов недостаточно четки в освещении вопросов финансирования и сомнительны в изложении необходимой последовательности законодательных актов. Собственной динамике больших управленческих структур (например, межрегиональных носителей социальной помощи) уделено мало внимания. Несмотря на эти недочеты, заложен фундамент для вступления на путь новой ориентировки, без чего едва ли возможно решительное улучшение психиатрической помощи. Что разовьется в будущем на этом фундаменте, особенно при наполнении декларируемых форм внутренним содержанием, зависит в равной мере как от фантазии и богатства идей участников работы, так и от социально-политических процессов и политики в области здравоохранения. Можно ожидать значительного улучшения, если удастся лучше, чем до сих пор, представлять интересы больных и их близких. Первые шаги на пути к этой цели были сделаны объединением «Лечебных комплексов» и групп родственников в «Объединении служб психосоциального вспомоществования» (Thomas-Mann-Str. 94a, 5300 Bonn 1).

ЛИТЕРАТУРА

- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 (1975).
- Dilling H., S. Weyerer, R. Castell: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart 1984.
- Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich. BMJFFG, Bonn 1988.
- Haselbeck H.: Gemeindepsychiatrie. In: Krüger H.: Die Schizophrenien. Enke, Stuttgart 1981.
- Haselbeck H., W. Machleidt, H. Stoffels, D. Trostdorf: Psychiatrie in Hannover. Strukturwandel und therapeutische Praxis in einem gemeindenahen Versorgungssystem. Enke, Stuttgart 1987.
- Mechanic D.: Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik. Urban & Schwarzenberg, München 1975.
- Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission über die Psychiatrie. Deutscher Bundestag, Drucksache 8/2565, 1979 (S. 11 und 68).
- Wing J.K.: Psychiatrische Fallregister. Nervenarzt. 44 (1973) 576–580.

55 Психиатрические службы и учреждения*Цель обучения*

Способность дать общую оценку разнообразным видам помощи и основам политики здравоохранения, осуществляемой психиатрическими службами и учреждениями; знание задач, целей и структур амбулаторных, дополнительных, полустационарных и стационарных служб и учреждений и тесного взаимодействия этих служб.

Вводные замечания

Точка приложения психиатрической деятельности (или бездействия) определяется господствующими представлениями о психических заболеваниях и тем значением, которое общество придает своей потребности в безопасности и спокойствии. Отношение общества к своим психически больным членам может быть упрощенно сведено к двум основным тенденциям: тенденция отделаться от мешающих, опасных, беспомощных или обременительных лиц, удалив их из общины, и тенденция единиц или целых групп общества проявить терпимость, принять больных с их странностями и особенностями, помочь им, отказаться от их изоляции или, по крайней мере, смягчить ее.

История психиатрии и ее учреждений полна проявлениями этих тенденций, сменявших друг друга в разные периоды. Последнее столетие немецкой психиатрии омрачено многими событиями. Началом этой полосы следует считать известное решение Психиатрической секции Общества германских естествоиспытателей и врачей «способствовать тому, чтобы вновь воздвигаемые психиатрические колонии размещались вне городов». Свое несогласие с этим решением высказывал один из ведущих директоров психиатрического учреждения (W. Griesinger), который прилагал значительные усилия для создания децентрализованной психиатрической помощи с амбулаториями, «городскими приютами» (психиатрическими отделениями в многопрофильных больницах в черте города). В социально-историческом контексте такое развитие психиатрии отражало не случайные или разрозненные законодательные акты, а было

одним из проявлений усиления монархического государства после поражения буржуазной революции 1848 г., реставрации авторитарных структур, которые нашли отражение в формах психиатрической помощи. Если присмотреться к психиатрическим заведениям того времени, можно обнаружить, что нередко они были настоящими карикатурами на социальную структуру общества в целом, выглядели как феодальное государство в государстве.

Если учесть этот социально-исторический аспект, то становится понятным, почему ФРГ так долго медлила в ожидании момента, когда, наконец, удалось подготовить фундамент для обновления психиатрической помощи и начать осуществлять разработанную программу. Приходилось преодолевать сложившуюся в течение столетия практику содержания психически больных в централизованных крупных больницах и изменять бюрократическую структуру руководства и управления.

Было (и будет) сложно организовать длительное наблюдение за психически больными ввиду недостатков нашего здравоохранения, *четкого разграничения между амбулаторным и стационарным лечением* в связи с монополизацией амбулаторной работы практикующими врачами. Только благодаря последовательному выполнению предложений, заложенных в докладе Специальной комиссии о положении в психиатрии, удалось обновить Федеральное положение о социальном обеспечении (*Reichsversicherungsordnung — RVO*), которое в настоящее время позволяет психиатрическим больницам учреждать собственные амбулаторные подразделения. Эти возможности используются органами, финансирующими психиатрические больницы, только в ограниченном объеме, так как им приходится в основном заботиться о покрытии расходов, возникающих в результате деятельности таких «больничных амбулаторий». Указанные расходы с трудом покрываются из дохода больниц и регламентируются положениями, которые содержатся в соглашениях между больницами и больничными кассами. Некоторые федеральные земли, в том числе Нижняя Саксония, предусмотрели в рамках собственных земельных законов, направленных на защиту психически больных и оказание им помощи, создание социальных психиатрических служб при ведомствах здравоохранения. Но и формирование таких служб происходит очень медленно, так как их финансовое обеспечение в достаточном объеме не было предварительно рассчитано. До многих руководителей слишком медленно доходят рекомендации, содержащиеся в докладе Специальной комиссии. Слишком много бюрократических препятствий еще не преодолены или не могут быть преодолены в настоящее время. В отдельных случаях обнаруживаются противоречивые тенденции. Тем не менее, нельзя отрицать, что в течение последнего десятилетия ФРГ достигла такого уровня психиатрической помощи, который соответствует ее уровню в государствах, сопоставимых по степени культурного развития. Начались такие изменения в структуре психиатрических служб, над развитием которых имеет смысл работать и дальше.

Ниже схематично представлены важнейшие службы и учреждения, на которые в настоящее время опирается психиатрическая помощь.

Амбулаторные службы

Врачи общемедицинского профиля (практические врачи)

Они, бесспорно, являются основным звеном психиатрической/психотерапевтической помощи в общине, подчас и не подозревая об этом. Их преимущество заключа-

ется по меньшей мере в том, что, будучи семейными врачами в классическом понимании этого определения, они в течение многих лет поддерживают доверительные отношения с семьями, хорошо знают социальное положение своих пациентов, что помогает им распознавать психические расстройства, даже если они первоначально проявляются не в клиническом, а в социальном плане. Это дает им возможность начать соответствующее лечение (не прибегая к психофармакологическим средствам), а в тяжелых случаях помочь пациенту в своевременном предоставлении ему социальной и/или психиатрической специализированной помощи. В настоящее время практическим врачам предоставляется возможность расширить свою компетенцию обучением на курсах постдипломного образования, отвечающих их потребностям (например, психотерапевтические недели в Линдау) или участием в региональных «группах Balint».

Качество наблюдения за психически больными, отвечающее современным требованиям, было, по меньшей мере в прошлом, ограничено недостаточным образованием врачей в области психологии и социологии и особенно затруднено структурой взаимоотношений между врачами и больничными кассами.

Увлечение односторонней переоценкой технических и инструментальных методов обследования, пренебрежение и даже полное игнорирование психотерапевтических методов привело к чрезвычайно неблагоприятному именно для психически больных перекосу в спектре врачебных действий. В общей врачебной практике доля лиц, страдающих психическими заболеваниями, и лиц, у которых соматическое заболевание сочетается с психическим, составляет от 20 до 30 %. Такие показатели весьма приблизительны, и их уточнение необходимо.

Практикующие психоневрологи и психотерапевты

Врачи-психоневрологи, которые были допущены к работе как частнопрактикующие специалисты, появились в Германии впервые после Первой мировой войны. Они работали так же, как специалисты других медицинских дисциплин, в основном в крупных городах и только изредка — в сельской местности. В этом плане до сих пор ничего не изменилось. Из общего числа практикующих психоневрологов 60 % работают в городах с населением свыше 100 тыс. жителей. Кабинеты врачей чаще всего располагаются в центре города или в кварталах, где проживает хорошо обеспеченное население, редко — в рабочих кварталах. В настоящее время, как и прежде, многочисленные малонаселенные сельские пункты, особенно если они расположены на значительном расстоянии от больших городов, а также небольшие города, удаленные от регионального центра, могут считаться «зонами, свободными от психоневрологов». Из общего числа около 200 детских и подростковых психиатров почти 40 % заняты частной практикой.

Практикующие психоневрологи обеспечивают большую часть потребности в амбулаторном лечении психически больных. Из-за значительной нагрузки они нередко вынуждены уделять слишком мало времени отдельному пациенту. Благодаря современным возможностям лечения с помощью психотропных препаратов значительное число больных имеют возможность принимать амбулаторное лечение, назначенное врачом-психоневрологом. Определенные группы больных, зачастую те, у кого заболевание протекает особенно тяжело, наблюдаются недостаточно или вовсе не наблюдаются практикующим врачом. Здесь речь идет как о хронических психически больных, которые считают себя здоровыми и не нуждающимися в лечении, так и о многих больных из низших слоев общества, которые не обращаются к психоневро-

логу по собственной инициативе. Это относится и к лицам, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками, больным с органическими и психоорганическими расстройствами.

В контингенте больных типичного врача-психоневролога, как правило, до 40 % составляют неврологические больные. Следовательно, врач, востребованный в двух дисциплинах, нуждается в помощи дополнительных мобильных, многопрофильных служб:

- действующий в настоящее время и предусмотренный законом порядок расчетов о налогообложении врачей не позволяет практикующим психоневрологам осуществлять активное наблюдение (с посещением больного на дому), а также требующее больших затрат времени привлечение к лечению больного членов его семьи, соседей, коллег по работе;

- с теми же проблемами сталкивается назначение и проведение реабилитационных мероприятий.

Вклад психотерапевтов и психоаналитиков в качество психиатрической помощи не слишком велик, так как эти виды лечения требуют очень больших затрат времени, а следовательно, доступны только небольшим группам больных, в основном с невротическими расстройствами.

Тем не менее, познания в области психоанализа, и особенно в психологии «Я», значительно повлияли на общую психиатрическую деятельность, расширили психотерапевтические возможности и помогли консультациям, существующим при больницах, создать благоприятную терапевтическую среду.

Амбулаторные психиатрические отделения (службы) при больницах

Еще на рубеже нынешнего столетия начали появляться «открытые амбулатории для сумасшедших» (Irrenfürsorge), которые явились отражением возросшего социального сознания, а также следствием переполнения больниц и роста расходов на стационарное лечение. Эти учреждения появились вначале в форме амбулаторных отделений, работавших в тесном сотрудничестве с больницей (модель Эрлангена) и в различных больших городах стали самостоятельными и поддерживались коммунальными службами здравоохранения (модель Гельзенкирхен). Во времена Веймарской республики «открытые амбулатории» получили широкое распространение, но прекратили свое существование с приходом к власти национал-социалистов. Многие работавшие в этих амбулаториях врачи-евреи и социалисты вынуждены были оставить свою работу. Неизбежно связанный с системой помощи больным социальный контроль пережил в период национал-социалистического господства тяжелые злоупотребления и вылился в меры, прямо противоположные первоначальным целям и направлениям (например, в подготовку к принудительной стерилизации и эвтаназии). Организованное свертывание служб, предпринятое национал-социалистами, привело к почти полному отказу в терапевтической помощи и фактически ограничилось деятельностью, направленной на устранение опасности со стороны больных и укреплению общественного порядка. Это привело к дискредитации амбулаторных психиатрических учреждений, так же как и общественного здравоохранения в целом, что ощущается и по сей день.

Только после публикации Доклада «О положении психиатрии в ФРГ» началось активное создание амбулаторных отделений при больницах. Возникли две различные формы этих служб.

Социально-психиатрическая служба. В некоторых крупных городах (например, Франкфурте, Берлине, Ганновере, Бремене) уже давно существовала развитая со-

циально-психиатрическая служба (SPD), которая является подразделением управления здравоохранения. Реже эти службы являются самостоятельными, финансируются непосредственно самоуправлением на данной территории, как, например, в Мюнхене. Создание таких служб, которые охватывали бы всю потребность в психиатрической помощи на определенной территории, предпринимается в последние годы в некоторых федеральных землях (Северный Рейн-Вестфалия, Нижняя Саксония). Они, как правило, укомплектованы одним врачом-психиатром, одним или двумя социальными работниками, одним сотрудником среднего медицинского персонала (по уходу) и одним психологом. Эти службы выполняют следующие функции:

- наблюдение за выписанными из больниц больными, которые по разным причинам выпали из поля зрения врача, не наблюдаются психиатром или другими психосоциальными службами или наблюдаются в недостаточной мере;
- профилактика и помощь в кризисных ситуациях, лечение неглубоких расстройств в социальном контексте, когда необходимо длительное лечение с привлечением работников разных специальностей и ставится цель предотвратить госпитализацию;
- устройство больных в стационарные или полустационарные лечебные учреждения, включая недобровольную госпитализацию в соответствии с действующим Законом о госпитализации. Однако всегда ставится цель по возможности избежать госпитализации;
- предоставление больному возможностей реабилитации и социальной помощи;
- сотрудничество и консультации с другими психосоциальными службами, практикующими врачами, особенно с психоневрологами данного региона.

Значительное качественное улучшение помощи, особенно наиболее тяжелым больным региона, становится возможным благодаря расширению сети социальных психиатрических служб при органах здравоохранения, которые ранее ограничивали свою деятельность только покровительством, и созданию условий для проведения терапии, по крайней мере в некоторых городах, путем заключения договоров между руководителями этих служб и объединением врачей-членов врачебных касс о разграничении их полномочий, как это предусмотрено законодательством. Благодаря таким договорам становится возможным также хотя бы частичное покрытие расходов этих служб из средств больничных касс.

Амбулатория при больнице. На основании федерального законодательства о социальном страховании (RVO), устанавливающего так называемые «области деятельности», подлежащие страхованию, амбулаторная медицинская помощь в ФРГ финансируется объединением врачебных касс. Это привело к монопольному положению практикующих врачей, из числа которых ранее были исключены врачи университетских поликлиник в той мере, в какой в их обязанности входит оказание амбулаторной помощи в рамках научных и учебных целей. Только благодаря изменениям в федеральном законодательстве о социальном страховании (Reichsversorgungsordnung, § 386n), внесенных Бундестагом в 1976 г., были легализованы «теневые» амбулатории, существовавшие при многих психиатрических больницах. Эта возможность, признанная для психиатрических больниц, а с 1986 г. — и для психиатрических отделений многопрофильных больниц, широко используется только в отдельных федеральных землях (например, Северный Рейн-Вестфалия), так как не существует единого положения о соответствующем их финансировании (см. с. 433 след.). Согласно классической концепции внебольничной медицинской помощи, главной задачей больничных амбулаторий является наблюдение за больными, выписанными из боль-

ницы. В зависимости от обеспеченности штатами и места расположения амбулатории она может решать и другие вопросы, например те, которые изложены в разделе о социально-психиатрических службах.

Вспомогательные службы

Охраняемые квартиры больных и защищенные рабочие места, предназначенные для хронических психически больных или умственно отсталых лиц, после широкого обсуждения начали с 1969 г. принимать конкретные формы, когда вошли в силу две поправки к Федеральному закону о социальной помощи и, особенно, после выхода в свет в 1975 г. Доклада «О положении психиатрии в ФРГ». Специальной комиссией эта отрасль деятельности была признана приоритетной, и в следующие 10 лет в ряде федеральных земель были созданы в значительном количестве и охраняемые квартиры для больных, и защищенные рабочие места. Но работа эта до настоящего времени еще не завершена.

Целью всех усилий по созданию вспомогательных служб является стремление навести мосты через пропасть, разделяющую в течение десятилетий принципы стационарного лечения и предлагаемые методы амбулаторного наблюдения и лечения. Выяснилось, что многие психически больные после длительного пребывания в больнице, не без риска повторного обострения заболевания, не способны самостоятельно преодолеть жизненные трудности, не говоря уже о возможности стать на ноги в профессиональном отношении. Поэтому необходимо создать между этими двумя видами медицинской помощи некую «тренировочную площадку», на которой при постоянном лечебном сопровождении станет возможным постепенное (ступенчатое) развитие навыков самостоятельности в повседневной жизни. Это позволит инвалиду в течение длительного времени проживать самостоятельно, в небольшой группе или в семье. Включение больного в трудовую и профессиональную деятельность, бесспорно, является основанием для обретения им своего места в обществе (см. с. 395, 396). Опыт последних лет показывает, однако, что на так называемом рынке рабочей силы осуществить это намерение удается все реже. Поэтому необходимо предоставление больным других, более подходящих и дифференцированных возможностей трудоустройства.

Эти цели могут быть достигнуты и надолго закреплены не только в специально приспособленных организационных формах. Следует стремиться к созданию учреждений небольшого объема, который способствует формированию доверительной среды — работа в малых группах, поощрение общественной активности, гарантии невмешательства в частную жизнь — и не препятствует уходу пациента по его инициативе. Предложение жилья и работы должно соответствовать реальной жизненной ситуации инвалидизированного пациента. Логика деятельности вспомогательных служб заключается в том, что они должны быть территориально не связаны с психиатрическими стационарами.

Психиатрические пансионаты для временного и более длительного проживания

Переходный (для временного проживания) жилой комплекс должен принимать больных-инвалидов, которые после проведенного в стационаре лечения нуждаются в реабилитации на срок, необходимый для психической стабилизации, восстановления навыков самостоятельности и активизации (как правило, до четырех лет), чтобы в дальнейшем как можно дольше жить вне психиатрического учреждения.

Жилой пансионат должен быть приспособлен для таких больных, которые еще долгое время не смогут проживать самостоятельно, не получая в достаточной мере помощи от своей семьи, но которые, охотно принимая социальную и лечебную помощь, предоставляемую им пансионатом, могут самостоятельно освоить предложенное помещение и при этом сохраняют шанс на жизнь вне психиатрической больницы, например в условиях жилищного товарищества.

К предоставляемым услугам относятся, в частности:

- помощь в восстановлении способности к самостоятельной жизни (например, приобретение/восстановление навыков содержать в чистоте свое белье и одежду, самостоятельно заботиться о своем питании);
- в случае необходимости — коррекция хозяйственных и финансовых вопросов (например, урегулирование долгов);
- стимулирование способностей к контактам с людьми вне учреждения;
- помощь в удовлетворении индивидуальных потребностей при формировании распорядка дня и использования свободного времени.

Полноценное включение в «нормальную жизнь» немыслимо без помощи в преодолении дефицита знаний (обучения) и профессиональной подготовки, а также без предоставления возможности тренировки в избранном виде трудовой деятельности. Здесь необходимо тесное сотрудничество с определенными учреждениями — с одной стороны, например, местными отделами труда, и с другой стороны — объединениями предприятий, которые располагают учебными участками.

Финансирование: несмотря на то что перечисленные разделы работы могут быть включены в понятие медицинской реабилитации (см. с. 380 след.), до сих пор не удалось в полной мере подключить к реабилитационным мероприятиям больничные кассы и органы пенсионного обеспечения. До настоящего времени затраты в том виде, как они изложены в §§ 39 и 40 BSHG, компенсируются из средств вышестоящего органа социальной помощи. При всех обстоятельствах это означает, что реабилитируемый становится потребителем социальной помощи, а в случае, если его доход превышает 400 DM или если он получает более высокую ренту, его личные средства привлекаются к покрытию расходов. Эта ситуация, отнюдь не стимулирующая реабилитацию, нуждается в изменении.

Психиатрические пансионаты

Эти учреждения предназначены для обслуживания и ухода за лицами преимущественно среднего возраста с выраженной психической или многомерной инвалидностью. Задача таких учреждений состоит в том, чтобы облегчить существование нуждающимся в постороннем уходе, активизировать их, обучить умению справляться со своими недугами. Они должны заботиться о том, чтобы больной-инвалид не был лишен возможности удовлетворять свои основные потребности в повседневной жизни. В отличие от учреждений, описанных в предыдущем разделе, здесь необходимо более широкое применение лечебных мероприятий, обеспечение, а также контроль.

Финансирование: используются только личные средства инвалидов, а также помощь в рамках Федерального закона о социальной помощи.

Жилищные товарищества и самостоятельное проживание с индивидуальным наблюдением

Речь идет о форме индивидуального наблюдения за теми больными, которые проживают самостоятельно в отдельных квартирах и не нуждаются или уже не нуждаются

ся в лечении в психиатрическом стационаре, проживании в жилых домах переходного типа или в пансионатах. Такие квартиры предназначены для тех, кто в достаточной мере излечился и ориентирован на амбулаторную психиатрическую помощь, а в случае необходимости — на общесоматическую и педагогическую помощь и может после проживания в группе или жилищном товариществе самостоятельно строить свою «нормальную» повседневную жизнь.

Продолжительное финансирование жилищных товариществ или самостоятельно проживающих больных в соответствии с BSHG входит в компетенцию органа социального обеспечения. Широкое предоставление средств для покрытия этих расходов осуществляют только отдельные федеральные земли (например, Берлин и Бремен).

В течение последних лет было высказано много критических замечаний о жилищных товариществах и указано на то, что приписываемые им «силы самоизлечения» слишком завышены и не подтверждаются практическим опытом. Выяснилось, что больные с тяжелыми психическими расстройствами предпочитают подыскивать квартиру для одного себя или на двух-трех человек. Здесь и оказалось очень полезной формой работы «патронирование отдельных квартир», которое сочетает в себе терапевтические мероприятия и поддержку индивидуальных потребностей больного. В отдельных регионах, например в Бремене, таким образом наблюдается более 100 хронических психически больных. Для этой цели созданы специальные службы. В то же время в других регионах патронирование отдельных квартир все еще осуществляется психиатрическими клиниками, пансионатами или социально-психиатрическими службами.

Производства, предназначенные для профессионального обучения и переобучения

Первые предназначены для первичного обучения профессии, вторые — для переобучения взрослых инвалидов независимо от причины инвалидности. Немногие из этих предприятий готовы к приему психически больных и способны предоставить им необходимые условия. Трудно рассчитывать повсеместно на желаемый результат, так как больным слишком долго приходится ждать освободившегося места; во многих случаях отсутствуют предварительные и последующие реабилитационные мероприятия.

Финансирование: управление по труду.

Центры профессиональной тренировки

В ФРГ до настоящего времени имеются только единичные заведения такого рода (Визлох, Саарбрюккен). Эти заведения финансируются в соответствии с Законом о поощрении труда и поэтому предполагают наличие у принимаемых на работу лиц стажа в определенной профессии или законченного профессионального образования. Предусмотрено, что в течение одного-полутора лет должна быть проведена очень интенсивная работа, которая включает значительную нагрузку реабилитируемого. В качестве особой трудности следует указать на то, что даже успешно завершённые реабилитационные мероприятия не дают инвалиду никакой гарантии трудоустройства на длительный период.

Мастерские для инвалидов (WfB)

Наряду с существующими уже давно заведениями для соматически больных и умственно отсталых, в последние десятилетия открывается все больше заведений для психически больных. Концепция федерального правительства «всех инвалидов под общую крышу» во многих регионах не оправдала себя, в частности, с учетом поло-

жения психически больных инвалидов. Возникшие в некоторых больших городах новые гетто для инвалидов с 500 и более рабочими местами отвергаются именно психически больными инвалидами и подвергаются критике за несправедливую оплату труда. Представляется наиболее желательным создание небольших децентрализованных мастерских, быть может организационно связанных с другими мастерскими, которые обеспечат психически больным возможность профессионального обучения и последующей долгосрочной занятости. Они могут стать альтернативными по отношению к признанным в настоящее время и дающим доход мастерским на 120 и более рабочих мест. Существующие ныне и признанные мастерские должны обеспечить прием и обучение инвалидов, а также уровень качества выпускаемой ими продукции. Расходы по первым двум ступеням обучения несет управление по труду или пенсионному обеспечению, а по производимой продукции расходы покрывают вышестоящие органы социальной помощи. Только в немногих мастерских удалось осуществить справедливую и соответствующую затраченным усилиям оплату труда. Это тем более обременительно, что в современной конъюнктурной ситуации трудовые мастерские превратились в места постоянной работы инвалидов.

Охраняемые рабочие места

Трудовые мастерские должны были бы располагать охраняемыми рабочими местами на расположенных поблизости предприятиях или в свободном частном секторе. Возможность обучения инвалида на постоянном рабочем месте, направленная на приобретение навыков в конкретной работе, используется в настоящее время совершенно недостаточно. Такой вид помощи должен более интенсивно поддерживаться работодателями, союзами предпринимателей и руководителями предприятий, которые принимают инвалидов на работу.

Фирмы самопомощи

Многие инвалиды предпочитают не получать социальную помощь, оставаться свободными в выборе любой посильной работы и независимыми от патронажа. В течение последних лет такие больные совместно с приглашенным ими врачом создавали небольшие группы и основывали фирмы типа GmbH (с ограниченной ответственностью). Они обращают внимание не столько на получение доходов, сколько на создание рабочих мест, предназначенных специально для больных с расстройствами психики и пониженной трудоспособностью. Создавая полноценные рабочие места для трудоустройства больных на продолжительное время, такие фирмы могут существенно дополнить лечебно-трудовые мастерские. Однако очевидно, что в условиях растущей безработицы и более жесткой конкуренции такие фирмы способны выжить только в том случае, если они получают субвенции, например из фондов «выравнивания доходов», в соответствии с Законом о тяжелых инвалидах. Эти субвенции выделяются работодателями, которые предоставляют инвалидам менее 6 % рабочих мест и которые своими взносами как бы компенсируют недостаточное число трудоустроенных ими инвалидов.

Полустационарные учреждения

Их задачей является разгрузка коечного фонда, стремление сделать его избыточным и перекинуть мост между амбулаторным и стационарным лечением. Организованные некоторое время тому назад ночные стационары, в которых больные ночевали, а в

течение дня занимались своей профессиональной деятельностью, стали теперь излишними. Отдельные ночные стационары еще предлагают своим пациентам «статус ночной клиники», но в настоящее время эти функции осуществляют «переходные жилые пансионаты».

Значение дневных стационаров, напротив, возросло. Первые дневные стационары были открыты в Советском Союзе вскоре после Октябрьской революции. Но особое значение им придается в англо-американских странах, особенно в Великобритании. Первый дневной стационар в ФРГ был открыт только в 1960 г.

Дневной стационар, как это явствует из его названия, является учреждением, в котором больные находятся в течение дня, а ночное время и выходные дни проводят дома, в привычной для каждого социальной среде. Размеры дневных стационаров варьируются от 15 до 30 мест. Различают две основные модели дневных стационаров, но нередко обе модели объединены в одном учреждении:

- с клиникой, предназначенной для проведения профилактических и предупреждающих мер, цель которых — избежать госпитализации при кризисных состояниях и заболеваниях, включая психозы, когда возможности амбулаторного лечения уже исчерпаны. Лечение в дневном стационаре позволяет больному сохранить его социальные связи. Продолжительность пребывания в дневном стационаре определяется в начале лечения (от 4 до 8 недель);

- с клиникой, предназначенной для поддерживающей терапии и реабилитации. Она служит сокращению сроков лечения в стационаре, помогает пациенту постепенно отвыкнуть от круглосуточной опеки стационарного отделения, ступенчатому увеличению социальных обязанностей, что особенно важно для психически больных с затяжным (хроническим) течением болезни.

Наряду с описанными стали открываться дневные стационары, ориентированные на больных одной диагностической группы. Так, успешно действуют дневные стационары для больных с алкогольной и наркотической зависимостью, геронтопсихиатрические и рассчитанные на больных, страдающих неврозами и психосоматическими расстройствами.

Стратегия терапии в различных дневных стационарах в значительной мере строится по единой схеме. Очень важно создать среду, приближенную к условиям жизни, чтобы программа лечения отвечала повседневным жизненным потребностям пациентов. В этой среде находят свое отражение типичные конфликты и проблемы больных, которые должны становиться предметом обсуждения в индивидуальных или групповых беседах. С этой целью предлагается групповая психотерапия, трудовая терапия и терапия занятостью, а также иные педагогические методики, рассчитанные на формирование занятий в свободное время. В конце недели с каждым больным проводится анализ прошедших дней и составляется программа на выходные дни. Атмосфера дневного стационара должна способствовать доверительной открытости и обсуждению новых норм поведения.

Стационарные учреждения

На последнем месте в цепочке лечебных учреждений стоит койка в психиатрической больнице или в психиатрическом отделении многопрофильной больницы. О ее использовании речь идет тогда, когда все названные выше возможности помощи и лечения оказываются недостаточными. В ФРГ имеется 130 психиатрических больниц, из которых 74 государственных, 36 муниципальных (общинных) и 20 частных.

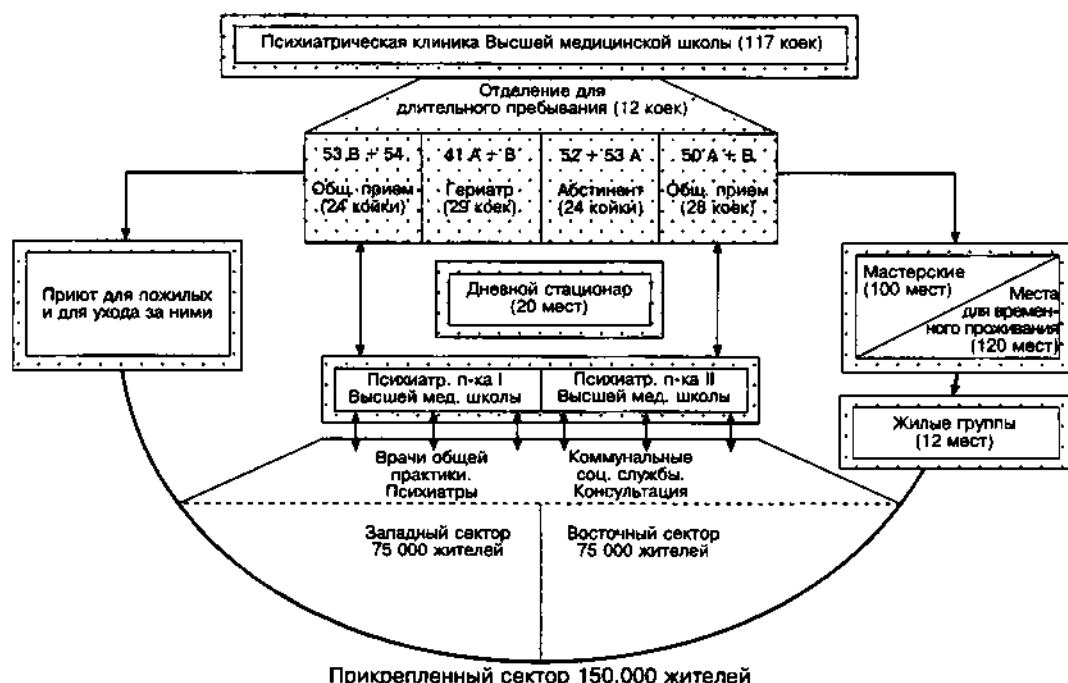


Рис. 11. Структура психиатрической помощи в секторе Высшей медицинской школы Ганновера

Кроме того, функционируют около 100 психиатрических и неврологических отделений в многопрофильных больницах и 23 в университетских клиниках. Общее число мест за последние 10 лет сократилось на 20 000 и составляет теперь около 90 000. При этом 90 % коек находятся в психиатрических больницах, 5 % в психиатрических отделениях общих больниц и только 3 % в университетских клиниках. Почти 3/4 психиатрических коек находится в больницах, рассчитанных на 500 и более мест, 50 % коек — в больницах на более чем 100 мест. Ежегодно в психиатрические стационары поступает около 22 тыс. больных и почти столько же выписываются. К психиатрическим больницам, которые находятся на государственном финансировании, и части психиатрических отделений в больницах общего профиля прикреплены определенные территории, жителям которых эти учреждения обязаны оказывать стационарную помощь. Таким образом, вся территория ФРГ разделена на регионы, прикрепленные к больницам.

Характер лечебной и гуманитарной работы в психиатрических больницах ФРГ был и остается до сих пор очень разнородным. Все еще существуют, особенно в больницах колониального типа, палаты на 10 и более коек, без прикроватных тумбочек и личных шкафов для хранения одежды, с недостаточным санитарным оборудованием и закрытыми отделениями, на окнах которых сохраняются решетки, где отделения профилированы по полу больных. Правда, в последние 10 лет такие нечеловеческие условия встречаются очень редко.

Недостаток реорганизации психиатрической помощи состоял в том, что она в первую очередь исходила из наличия существующих коек. Создание полустационарных, дополнительных и амбулаторных служб происходит и при строительстве новых,

децентрализованных отделений преимущественно в централизованном порядке, с ориентировкой на стационарные учреждения. Поэтому все еще слишком легко попасть в клинику, хотя повторная госпитализация выписанных ранее больных требует значительно больших штатов и специальных организационных форм. Стало быть, пришло время поставить на ноги систему психиатрической помощи, т. е. организационно исходить из потребностей населения в амбулаторной помощи.

В качестве примера относительно расширенной системы психиатрической помощи приводится организационная структура служб и учреждений в секторе обслуживания психиатрической клиники Высшей медицинской школы в Ганновере (рис. 11).

ЛИТЕРАТУРА

- Bauer M., M. Rave-Schwank: Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Aktion Psychisch Kranke. Bd. 10. Rheinland-Verlag, Bonn 1985.
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 (1975).
- Haselbeck H.: Ambulante Dienste als Alternative zum Psychiatrischen Krankenhaus. Enke, Stuttgart 1987.
- Prognos AG: Modell-Programm Psychiatrie — Finanzierung von Einrichtungen und Diensten. Horst Poller, Stuttgart 1984.
- Reimer F., D. Lorenzen: Verzeichnis von Behandlungseinrichtungen für psychisch Kranke — BRD und Berlin (West.). Enke, Stuttgart 1979.
- Tageskliniken, Berichte — Konzepte — Perspektiven. Sozialpsychiatrische Informationen 14, Heft 1 (1984).

56 Терапевтические сообщества

Цель обучения

Усвоение понятий о показаниях для создания терапевтических сообществ, их организации и возможном сопротивлении, которое следует принимать во внимание при их учреждении.

Общие положения

Терапевтические сообщества — это отнюдь не своеобразный лечебный метод; они являются попыткой создать такой терапевтический климат, в котором различные социопсихологические и соматотерапевтические лечебные методы могут применяться с наибольшим успехом. Терапевтические сообщества основаны на следующих принципах:

- они состоят не только из врачей, но и из всех тех, чья деятельность связана с психиатрией — медицинских сестер и персон, осуществляющих уход за больными, социальных работников, трудотерапевтов, физиотерапевтов, тех, чья деятельность состоит в общении с больными, в развертывании терапевтической или антитерапевтической деятельности; это относится, в особенности, к тем психиатрическим учреждениям (институтам), где границы жизненного пространства пациентов ограничены;
- в них входят также пациенты, которые сами осуществляют терапевтическую или антитерапевтическую деятельность по отношению друг к другу;

— институциональные и юридические условия, в которых живут пациенты (закрытые пространства, раздельнополое или смешанное размещение, насильственное пребывание под замком, степень ясности и обоснованности врачебных и юридических решений, искусственное ограничение личной ответственности и т. д.) оказывают терапевтический или антитерапевтический эффект.

Если эти терапевтические или антитерапевтические факторы не продуманы, то это может не только помешать терапевтическому процессу, но и нанести существенный вред пациенту (так называемые «больничные артефакты»). При этом следует учитывать не только непосредственное причинение вреда окружающей средой (социальная изоляция, см. с. 26), но и недостаток уюта и «интимного пространства», лишение прав и ответственности, а также усугубление патологических форм коммуникации с членами семьи или с сотрудниками по работе, что усугубляет болезненную симптоматику.

С психоаналитической точки зрения все виды поведения, связанного с особенностями закрытого психиатрического учреждения или имеющего к этому отношение — например, беседы с записью их содержания в историях болезни, их хранение, ношение медицинского халата и другие атрибуты, — несут символическое значение, связанное со взаимоотношениями пациента и врача, и потому могут иметь существенный для пациента смысл и подлежат терапевтической переработке.

Цели

В терапевтических сообществах:

- должны устраняться необоснованные ограничения прав и свобод пациентов. Необходимые ограничения должны контролироваться, быть как можно более понятными для пациентов и рациональными;
- должен быть установлен беспрепятственный обмен информацией между врачами, медицинским и немедицинским персоналом и пациентами;
- в терапевтическом процессе должны принимать участие и нести ответственность не только врачи, но и немедицинские работники и пациенты;
- терапевтическая команда в своих коммуникационных формах должна представлять пациенту образец для идентификации;
- терапевтическая команда должна в реальных условиях пребывания пациента в закрытом учреждении обучать пациентов взаимному общению и обхождению.

Организационные формы

Терапевтическое сообщество должно располагать, как минимум, стабильным помещением с достаточно свободным пространством для проявления возможных спонтанных действий. При этом необходимо:

1. Обозримая величина терапевтического сообщества, состоящего из 20 пациентов в идеальном случае и как максимум 50 человек.
2. Относительная стабильность терапевтической группы (команды). Слишком частая смена врачей и немедицинских сотрудников затрудняет работу и может даже сделать ее невозможной.
3. Достаточно продолжительный период пребывания пациента в стационаре. При кратковременном пребывании в стационаре от 10 до 20 дней участие в терапевтическом сообществе едва ли может практиковаться.

4. Институализированные возможности для обмена информацией, общие совещания и решения, совместное решение проблем сообщества (групповые собеседования, общие собрания отделения).

5. Достаточная дифференциация терапевтических мероприятий для всех обслуживаемых групп пациентов (групповые собеседования, разыгрывание ролей, невербальная групповая терапия в форме двигательных упражнений, гештальт-терапия, реабилитационные рабочие команды) при достаточном объеме индивидуальных бесед с больными.

6. Постоянное закрепление за каждым пациентом личности, с которой у него установлен доверительный контакт.

7. Возможность нерегламентированных терапевтических мероприятий — например, активизация пациентов извне, приглашение по вечерам для собеседований родственников.

8. Достаточность свободного пространства для проявления активности пациентов.

9. Рекомендации групповой супервизии путем внешнего представления глубинно-психологической картины заболевания.

Спорным является отличающийся от указанного выше подбор пациентов по личным критериям, критериям отказа пациентов от психиатрического диагноза, по возрастным группам или по образовательному уровню.

Показания

Почти во всех стационарных психиатрических учреждениях, где пациенты остаются более шести недель, развиваются терапевтические сообщества. Исключение составляют стационары, где преобладают олигофрены, сенильнодементные больные или пациенты, которые нуждаются в лечении острых психотических состояний, например алкогольных делириев. За исключением названных выше групп пациентов, терапевтические сообщества создают эффективные условия в рамках стационара для лечения психически больных.

Осуществление

Развитие терапевтического сообщества должно инициироваться и осуществляться сотрудниками отделения. По распоряжению свыше терапевтические сообщества развиваться не могут. Предпосылкой устойчивости и прочности терапевтических сообществ является доброжелательный нейтралитет клинических и организационных служб. Тот, кто поддерживает терапевтические сообщества, должен держать в руках все силы и средства стационара, чтобы реформа не была приостановлена вмешательством сверху (см. Basaglia, 1972). К тому же соотношение врачей и пациентов, находящихся под замком, должно быть достаточно оптимальным. При одном враче и одном работнике по обслуживанию на 150 пациентов создание терапевтического сообщества вряд ли возможно.

Соппротивление

Соппротивление может оказываться почти всеми участниками терапевтического сообщества, включая пациентов.

1. Терапевтическая среда приводит к временной неуверенности в выполнении профессиональной роли (немедицинский характер терапевтических функций, отказ от ношения халатов, шапочек и других профессиональных символов) и разграниче-

нии ответственности (например, изменение ответственности медицинской сестры и сестры в терапевтическом сообществе стационара, врача отделения и врача в терапевтическом сообществе и т. д.).

2. Терапевтические сообщества увеличивают число задач и обязанностей, следствием чего является существенное увеличение объема выполняемой работы, прежде всего для персонала, обслуживающего больных (сестры, санитары), а также для трудотерапевтов, терапевтов, осуществляющих терапию движением, социальных работников, чьи традиционные задачи в узком смысле этого слова расширяются за счет участия в многочисленных собеседованиях и т. д. Такая непредусмотренная затрата рабочего времени требует существенных усилий по планированию рабочего времени и ставит персонал в трудное положение, когда сотрудники должны решиться на выбор между соблюдением собственных интересов и потребностей и интересами пациентов. При работе, связанной с обеспечением прав больных, с одной стороны, следует учитывать затрату большого количества не оплачиваемого по тарифу рабочего времени, что приводит к разочарованиям и наносит ущерб личным интересам, а с другой стороны, интересы пациентов, требующих от сотрудников первоначального чувства вины и сочувствия. Такая двойственность часто пробуждает сопротивление против увеличения рабочей нагрузки в связи с проводящимися реформами.

3. Развитие терапевтического сообщества в одном отделении вызывает зависть и озлобление в других отделениях. Персонал, сталкивающийся с требованиями пациентов в легитимных отделениях, склонен искать оправдания привычного для него способа выполнения профессиональных обязанностей и, соответственно, осуждать институциональные реформы. Кроме того, затрудняющую роль могут играть материальные интересы, особенно врачей (например, использование значительной части рабочего времени для заключений и отзывов, связанных с деятельностью терапевтического сообщества).

4. Сопротивление может возникать при бюрократившейся администрации, которая боится, что более свободные формы обслуживания больных увеличивают ответственность персонала (например, при самоубийствах) и расходы на обслуживание, и поэтому может отказаться от поддержки терапевтического сообщества, ссылаясь на отсутствие официальных предписаний вышестоящих инстанций.

Опасности

При создании терапевтического сообщества могут встречаться следующие опасные ситуации:

1. Может возникнуть полное размывание предыдущей профессиональной роли без разработки нового профессионального спектра или задач терапевтического дистанцирования и идентификации с хаотизированными потребностями многих больных (эта опасность особенно велика при работе с наркозависимыми пациентами).

2. Происходит слишком быстрое становление терапевтического сообщества с направленностью на смешанный (по половой принадлежности) состав отделения, разрушением сложившейся в отделениях стационара иерархии, системой открытых дверей и т. д. вплоть до создания новых информационных возможностей и установления новой системы взаимоотношений пациентов друг с другом и с персоналом. В этих условиях могут возникнуть попытки самоубийства и неконтролируемое агрессивное поведение.

3. Члены группы (терапевтического сообщества) втягиваются в разрешение собственных личностных и эмоциональных проблем при возрастающих, недостаточно

обоснованных претензиях и отказе от реалистичных, направленных на реабилитацию усилий. При таком климате в терапевтическом сообществе пациент хотя и лишается некоторых своих симптомов, но за пределами такой ограниченной больничными условиями сферы своего существования вряд ли становится более жизнеспособным.

4. Возможность бюрократизации вновь созданных организаций (групповые собеседования, общие собрания в отделениях и др.) и попытка разрешить проблемы только путем административных преобразований при одновременном отказе от рассмотрения эмоциональных проблем и конфликтов членов группы.

5. Конфликты с остальными отделениями стационара и недооценка этих конфликтов руководством клиники часто приводит к коллективным враждебным представлениям и даже роспуску терапевтических сообществ без преодоления конфликта, а также к выписке пациентов, входящих в терапевтическое сообщество, из стационара. При этом часто у пациентов возникает параноидная позиция борьбы против всех без каких-либо оснований (тип «социалистических коллективов пациентов», Heidelberg).

6. Подсознательно проводится отбор пациентов, который может дать гарантию успешной работы группы, входящей в терапевтическое сообщество. Это приводит к преобладанию молодых, активных, проявляющих вербальные способности и способных к интроспекции пациентов — молодых невротиков, шизофреников, больных пограничного контингента, наркотикозависимых, которые соответствуют названным выше критериям и занимают в группе высшие и средние слои. Другие пациенты при таких обстоятельствах переводятся в другие отделения или даже в другие больницы (развитие «элитарной психиатрии»). Единственной реальной возможностью избежать такого развития является обязательное внедрение терапевтических сообществ во всех психиатрических стационарах, включая университетские клиники и региональные секторы обслуживания больных с проходящими амбулаторными пациентами и пациентами, нуждающимися в стационарном обслуживании.

ЛИТЕРАТУРА

- Basaglia F.: Die negierte Institution. Suhrkamp, Frankfurt 1972.
 Gentis R., D. Sabourin, F. Tosquelles u. a.: Psychotherapie institutionelle. In: Recherches. Numero special. Mai 1970, Paris.
 Jones M.: The Therapeutic Community. Basic Book, New York 1955.
 Krüger H.: Therapeutische Strategien in der Sozialpsychiatrie. Sozialpsych. Informat. 6 (1971) 48–77.
 Krüger H.: Therapeutische Gemeinschaft. In: Kisker K.P., Meyer J.E., Müller M., Strömgen E.: Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Bd. III. Springer, Berlin 1975 (S. 711–736).
 Wulff E.: Über den Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft. In: E. Wulff: Psychiatrie u. Klassengesellschaft. Athenäum, Frankfurt 1972 (S. 214–237).

57 Реабилитация и социотерапия

Цель обучения

Знания о целях и методах реабилитационной и социотерапевтической работы с лицами, страдающими психическими нарушениями, и знакомство с соответствующими понятиями.

Определение понятий и классификация

В понятие «реабилитация» (исторически — «восстановление прежнего состояния», «восстановление чести») объединяются все те усилия, которые предпринимаются для компенсации и воссоединения с обществом лиц с определенными нарушениями психики. Под **психическими нарушениями** подразумеваются следующие длительные или затяжные состояния:

- психические нарушения вследствие психических заболеваний (психозы, неврозы, личностные расстройства, расстройства влечений);
- психические расстройства при органических поражениях головного мозга и/или прочих соматических заболеваниях.

При этих состояниях, которые, в большинстве своем, характеризуются хроническим течением, различают три элемента нарушений (Wing, 1970):

- *преморбидные нарушения*, которые состоят из факторов, имевших место еще перед возникновением заболевания (например, последствия недостаточного школьного или профессионального образования, неблагоприятная личностная структура и т. д.);
- *первичные нарушения*, непосредственно связанные с болезнью, такие, как, например, шизофренические расстройства мышления, коммуникативности или осмысления реальности;
- *вторичные нарушения*, обусловленные воздействием дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды, как, например, многолетнее пребывание в условиях изоляции и опеки, что вызывает регрессивные тенденции (пассивность, регресс поведения, аффективное уплощение).

Психические нарушения могут быть обусловлены не только внутренними причинами (преморбидные, связанные с болезнью), но и внешними социальными факторами, ограничивающими восприятие и соблюдение специфических социальных функций или ролей, исполнения которых ожидают от лиц с психическими нарушениями общество и родственники.

Различие между соматическими и психическими нарушениями дает возможность лучше понять значение и последствия психических нарушений и указывает на необходимость дифференцированной стратегии по реабилитации:

- Соматические нарушения ограничивают способность разрешать задачи, связанные с физическим окружением. Психические нарушения ограничивают способность исполнять те или иные роли, которых требует социальное окружение, и значительно сильнее, чем соматические нарушения, в своем возникновении, течении и проявлении зависят от взаимодействия внутренних (личностных, связанных с болезнью) и внешних условий.

— Соматические нарушения относительно легко объективизируются и поддаются точному определению и измерению. Нарушения психики (душевные расстройства) с трудом поддаются точному описанию и количественной оценке.

— Соматические нарушения, как правило, длятся определенное время, в течение которого они возникают и достигают определенной степени, а затем смягчаются или проходят. Течение и последствия этих нарушений поддаются довольно точной оценке и предсказуемы. Протекающие эпизодически психические заболевания и тяжесть психических нарушений затруднительны для прогноза и вызывают колебания в их оценке.

— Психические нарушения, в противоположность большинству соматических, недостаточно четко распознаются и поэтому с трудом воспринимаются окружающими. Нам трудно согласиться с тем, что потенциал спонтанной помощи может быть ограничен. Лицам с психическим изъяном постоянно угрожает изоляция. Способность распознать собственные потребности в помощи и использовать имеющиеся возможности для получения такой помощи у лиц с психическими нарушениями, в противоположность лицам с соматическими нарушениями, ограничена.

Цель реабилитации

Целью реабилитации с учетом индивидуальных и социальных обстоятельств является обеспечение наибольшей степени автономии для лиц с психическими нарушениями, связанное с возможностями «нормального» и самостоятельного образа жизни, интеграции в обществе или коллективных формах проживания. Предоставление реабилитационной работы не должно быть зависимо от расчета на полное социальное присоединение. Это достижимо в большинстве случаев при возможности благоприятного сочетания соответствующих индивидуальных и социальных условий. При современной конъюнктурной ситуации в ФРГ с более чем двухмиллионным числом безработных цель полной профессиональной интеграции достижима только в единичных случаях. Реабилитация не является излишней или ненужной, но должна, с одной стороны, тренировать прежние социальные способности по уходу за жилищем, ежедневной занятости и свободному времяпрепровождению и, с другой стороны, расширять и дифференцировать имеющиеся предложения и стремиться направить лиц с психическими нарушениями на защищенные трудовые места.

Как осуществляется реабилитация?

Реабилитация не придерживается каких-либо определенных методов, но следует интегративной концепции, основанной на различных предложениях и методах. Вряд ли возможен однозначный разрыв между терапией и реабилитацией. Примером может служить помещение пациента в клинику дневного пребывания, где помимо широкого спектра реабилитационных мероприятий проводится также и полноценное лечение, что предотвращает такие возможные вторичные нарушения, как, например, пассивность или утрата интересов.

Обычно применяется основанный на социальных законах о труде, требующих ясности в источниках расходов, выбор дифференцированных, связанных с применением труда, реабилитационных мероприятий.

— **Медицинская реабилитация** включает все способствующие восстановлению функций, и в особенности медико-лечебные, мероприятия в смысле компенсации существующих или угрожающих утратой функции нарушений. Эти мероприятия концентрируются в частичностационарных, стационарных и амбулаторных учреждениях. Могут применяться различные лечебные методы: социотерапия, многообразные психотерапевтические методики, такие, например, как поведенческая психотерапия, психофармакотерапия и т. д. (Источник расходов — больничные кассы и пенсионное страхование.)

— **Профессиональная реабилитация** направлена на восстановление или приобретение профессиональных способностей, причем приобретение трудовых навыков (например, при трудотерапии) дополняется социальными мероприятиями. Целью

является не только помощь самим лицам с нарушениями психики, но и воздействие на их окружение, например, посредничество для получения рабочих мест, консультации с мастерами производственного обучения и работодателями и т. д. (Источник расходов — трудовая администрация, при определенных условиях, возможно, пенсионное страхование.)

— **Социальная реабилитация** ставит целью восстановление или присоединение к внеклиническим социальным связям путем содействия социальной коммуникации, способствования самостоятельному образу жизни и самостоятельному проживанию, будничному и праздничному времяпрепровождению. (Источник расходов — организации социальной помощи в рамках социального восстановления в соответствии с BSHG, Федеральный закон о социальной помощи, 1962; 1983.)

Разделение реабилитационных мероприятий в зависимости от источников расходов вряд ли необходимо, так как на практике эти расходы не поддаются жесткому разграничению.

Хотя реабилитационные мероприятия носят ступенчатый характер (стационарное лечение, трудотерапия в клинических условиях, промежуточные формы пребывания и лечения, предприятия для лиц с теми или другими видами нарушений психики), избранный вариант должен представлять интеграцию реабилитационных форм.

Реабилитация лиц с психическими нарушениями нуждается в стратегии малых шагов, при которой ступенчатые успехи и достижения способствуют все большей автономии в различных областях жизни. Этому служит ступенчатая постановка задач и ответственность за их выполнение в различных областях, которые дифференцируются в зависимости от способностей лиц с психическими нарушениями и с их согласия в различных организационных формах и направлениях с постепенным ступенчатым возрастанием восстановления (или становления) самостоятельности и личной ответственности (в направлении проживания: стационары для длительного пребывания — реабилитационные отделения — временные места проживания типа общежития — защищенные группы проживания — собственное жилье; в направлении работы: трудовая терапия в клинических условиях, предприятия для лиц с определенными нарушениями — защищенные рабочие места — работа, предоставляемая общей биржей труда).

Участники этой цепочки обслуживания не связаны принудительно с каждым из звеньев и могут «перескакивать» через них. *Реабилитационная цепь* не приковывает, но поддерживает и защищает. Непрерывный процесс реабилитационных мероприятий во всех его вариантах дает возможность для однозначной оценки требований и предложений всех участников и прозрачности каждого шага ступенчатой реабилитации. Усилия по реабилитации, особенно у лиц с хронической шизофренией, должны предусматривать возврат на предыдущую ступень и повторение для преодоления реабилитационных ступеней без исключения из реабилитационного процесса (*потворная реабилитация*).

Предсказание успеха или неудачи индивидуальных реабилитационных мероприятий в психиатрии зависит исключительно от различных изменяющихся событий, причем если предложения для реабилитации нам доступны, то возможности их реализации существенно ограничены. Поэтому реабилитация лиц с психическим нарушением не терпит поспешности в оценке успехов, которые в некоторых случаях достигаются в течение многих лет.

В прошедшие десятилетия особое внимание для решения задач реабилитации уделяется поведению *родственников* лиц с психическими нарушениями. При этом показательно, что типичная семейная ситуация, которая характеризуется отсутствием ясности по отношению к больным и, в особенности, критическим к ним отношением или чрезмерно эмоциональным реагированием родственников на их поведение, существенно увеличивает число рецидивов заболевания. Из этого следует необходимость в целях реабилитации интенсивного вовлечения родственников в различные формы собеседования как в самой семье, так и/или между группами родственников.

Социотерапия

Проведение реабилитации во всех ее вариантах требует применения социотерапии. Социотерапия является синонимом психиатрической социальной работы (Peters, Woerterbuch der Psychiatrie) как ядро трудовой терапии в виде стимулирующих социальную активность формирований в больничной среде; при этом приставку «социо-» следует как можно меньше контаминировать с модными или идеологическими представлениями.

Под социотерапией подразумеваются усилия по присоединению психически больных и лиц с психическими нарушениями с помощью ситуативных факторов к определенным социальным процессам в окружающей их среде. Под этим, прежде всего, подразумевается совместное проживание в естественных или искусственных группах с их динамическим воздействием, индивидуальным подбором работы для каждого, стимулированием личности путем освоения новых интересов и видов деятельности и организационного оформления свободного времяпрепровождения.

Социотерапия должна подготавливать больных или лиц с нарушениями здоровья к деятельности в обществе через частичное усвоение «нормальных» связей и взаимоотношений в рамках терапевтических условий. При практическом претворении в жизнь этих соображений особую роль играют, прежде всего, формирование среды и социотерапевтическая групповая работа.

Формирование среды

Научные социологические исследования приютов, связанные, прежде всего, с именем Е. Goffman, показывают, что «тотальное институирование», например тюремное заключение или пребывание в психиатрическом учреждении, имеет типичные признаки: размеры помещения, замкнутость и отгороженность от окружающих, иерархическая дифференциация ролей, неукоснительное отделение от других заключенных, а также от дежурных и терапевтов, разделение по половому признаку и большее, чем в норме, погружение в мир внутренних переживаний — возникновение типичных личностных изменений в виде несамостоятельности (зависимости), пассивности, аффективной уплощенности и инфантильного поведения.

Длительная изоляция и пребывание в бедной раздражителями среде приводят к развитию апатии, аффективной деградации, отсутствию планов и надежд, манерности и стереотипии, т. е. к симптомам, которые раньше рассматривались как проявление хронической шизофрении в качестве единичных проявлений (Wing und Brown, Великобритания, 1970). Доказанность повреждающих последствий средовых факторов, определяемых в настоящее время как *институционализм* или *госпитализм*, требует решающих действий для предотвращения этих артефактов как путем изменения

среды, так и путем создания действенного терапевтического климата. Для этого необходимы доверительные встречи между пациентами и терапевтами (врачами), а также между самими пациентами, чьи проблемы, связанные со взаимоотношениями и нарушенным поведением, отражаются в терапевтическом пространстве и путем терапевтического сопровождения и обсуждения переживаются вновь и, по возможности, корригируются и видоизменяются.

Открытые двери и уютное оформление отделений стационара, размещение в нем пациентов обоего пола, свободное общение пациентов друг с другом и официальными лицами, составляющими основу обслуживания в данном отделении, приближенное к жизни оформление дневного времяпрепровождения и потребностей пациентов, способность пациентов реализовать свои запросы в отношении свободного времени и досуга должны дополнять друг друга. Здесь может быть полезной фантазия и богатство идей сотрудников, особенно обслуживающего данный сектор (отделение) персонала, ориентированного на выполнение основной линии программы, направленной на то, чтобы все было по возможности приближено к нормальной жизни. Не следует исключать из терапевтических усилий ни единой попытки доставить удовольствие пациенту или удовлетворить его потребности. При оформлении терапевтической среды следует избегать внушения пациентам нереалистичных желаний. От индустриальных рабочих следует ожидать не только высокой сознательности, но и непосредственного переноса демократического опыта в клиническую повседневность при трудовой ситуации. Следует изучить все возможности лиц с психическими нарушениями — возможность справляться с требованиями общества, отстаивать собственные интересы, воспринимать и правильно использовать потребность в защите.

Групповая работа

Группа действует как идеальный «медиум» (идеальное коммуникативное средство), так как в ней подготавливается встреча требований среды с нарушенной способностью к их восприятию, дискутируются и апробируются соответствующие варианты. Типичная социотерапевтическая групповая работа включает в себя различные типы групп от общего собрания пациентов стационара (отделения) до групп собеседования по определенной тематике или связанных с трудовыми взаимоотношениями. Принято отграничивать их друг от друга и, в особенности, от групп, ориентированных на аналитическую терапию, которые, как правило, связаны с процессами переноса и неосознанного сопротивления, а также с конфликтами влечений. В группах следует стимулировать сознательное реалистическое поведение и участие в процессах «здесь и сейчас» путем активного приобщения и сотрудничества, направляемого и стимулируемого терапевтом. Некоторые теоретические сопоставления: «психотерапевтические методы, применяемые при различных процессах развития, способствуют преодолению основ интрапсихических конфликтов, тогда как действенный социотерапевтический процесс *социального обучения* и тренировки направлен на восстановление социальной идентификации» (Veltin, 1981). Осуществление такого строго разграничения на практике зависит от терапевтов, которые часто размывают эти границы, исходя из взглядов современной личностной психологии («психология „Я“»), применяющей аналитические методы для лучшего понимания психотических больных, терапевтической модификации лечения в зависимости от имеющихся у них расстройств и сочетания этого лечения с социотерапией. Сюда относятся требования осторожной, но подлинной коммуникации в группе, однозначности, понятности и спокойствия при проведении общих терапевтических мероприятий.

Особое внимание при оформлении терапевтических связей и взаимоотношений следует уделять необходимости соблюдения соответствующего баланса между «близостью» и «дистанцированием» в пространственном и эмоциональном отношениях. Нередко настойчивое желание сближения может представляться шизофреникам намеренным и необоснованным, что способствует возникновению страха и усилению психотической симптоматики, в то время как большое дистанцирование усиливает склонность к регрессивной аффективности и изоляции.

Рабочие группы по Wing (1970) в Великобритании работают наиболее эффективно при исходной концепции *оптимального стимулирования* хронически больных и лиц с определенными психическими нарушениями. К этому следует добавить, что необходимо учитывать не только вредное воздействие бедной раздражителями среды, но и то, что хронические пациенты при чрезмерно быстром и требовательном активировании, например, в групповой ситуации, реагируют усилением эмоциональной напряженности и обострением болезненной симптоматики.

Социотерапевтические усилия требуют трудной балансировки между избыточной инициативой и активизацией, которые при чрезмерном требовании опоры на собственные силы могут угрожать ухудшением или обострением болезненного состояния, и подавлением инициативности с чрезмерными заорганизованностью и заботливостью, которые еще более усугубляют нарастающую пассивность, эмоциональное обеднение и инфантильное поведение больных и лиц с психическими нарушениями.

ЛИТЕРАТУРА

- Ciampi L.: Affektlogik. Klett-Gotta, Stuttgart 1982.
Kabanov M.M., K. Weise: Klinische und soziale Aspekte der Rehabilitation psychisch Kranker. Thieme, Leipzig 1981.
Kayser H., H. Krüger, Damaschke K. u. Mitarb.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 1981.
Veltin A.: Soziotherapie. In: Kruger H.: Die Schizophrenien. Enke, Stuttgart 1981.
Wing J.K., G.W. Brown: Institutionalism and Schizophrenia. University Press, Cambridge 1970.

58 Психиатрическая специализация и повышение квалификации в психиатрии

Цель обучения

Взгляд на особенности профессиональной роли психологомедицинской службы при заключении психиатрических контрактов с врачами общей практики, с практикующими в данной местности психиатрами, психотерапевтами, больничными, детскими и юношескими психиатрами, в общедоступной службе здоровья и административных органах; знания о системе обучения психиатров и психотерапевтов в рамках повышения квалификации.

Терапевтический стандарт психиатрических учреждений и служб, в первую очередь, зависит от числа психиатров и их квалификации. Отрадным является то обстоятельство, что в последние годы интерес к психиатрической и психотерапевтической работе в общемедицинской практике возрастает до такой степени, что в будущем

возможно создание профессиональных групп, хотя в узкопсихиатрической деятельности часто бытует мнение о том, что это сопровождается уменьшением количества пациентов. Быть может, такой интерес к психиатрии связан с тем, что психиатры раньше, чем врачи других специальностей, пришли к выводу о том, что следует изучать не только клиническую картину данного заболевания, но и самого больного человека с его судьбой и той деятельностью, которая его привлекает. Остается невыясненным вопрос, как и почему восприятие собственной биографии отражается на предпочтении в выборе профессии и, в широком смысле, на развитии психосоциальных профессий. Не только для психотерапевтов и психоаналитиков, для которых психоанализ входит в структуру образования, но и для других медицинских профессий в практическом отношении важно получать сведения о самом себе и приобретать умение общаться с психически больными.

Области медицинской психиатрической деятельности

Психиатрия в общей медицинской практике

Ряд исследований последних лет показали, что при посещении практических врачей примерно у 20–30 % населения в течение года отмечались психические расстройства. Больные с психическими расстройствами, выявляемые среди совокупности прочих консультируемых больных, требуют непропорционально больших затрат врачебного времени. В то же время, эти исследования показали, что многие пациенты с психиатрическими проблемами в общей медицинской практике не распознаются или получают недостаточную лечебную помощь. Отсюда следует, что практические врачи проходят мимо таких фактов, вместо того чтобы передать лечение такого рода пациентов в руки своих более компетентных в области психиатрии коллег. Из этих фактов вытекает требование улучшения образования и системы повышения квалификации в области психосоциальной медицины.

Если домашний врач приобретет истинную компетентность в проблемах психологически ориентированного собеседования и консультирования и будет знать о применении и побочных явлениях психофармакологических препаратов, то он не замедлит приступить к самостоятельному и ответственному лечению психиатрических пациентов. Это тем более желательно, что домашний врач лучше знает о семейных и ситуативных основах заболеваний, чем его коллеги-психиатры из ближайшего территориального отделения. В любом случае, он должен в любой ситуации *распознать* психические расстройства, оказать необходимую помощь, а при необходимости направить пациента к специалисту и в тяжелых случаях, если сам не может помочь больному, обратиться к медицинской социальной помощи. Домашний врач не только должен иметь сведения об окрестных психиатрических учреждениях, практикующих в данной местности психиатрах и психотерапевтах, учреждениях здравоохранения, университетских клиниках и психиатрических больницах данной земли, психиатрических отделениях в больницах общего профиля, но также обладать знаниями о возможности социальной помощи и соответствующих организационных структурах (окружные организации по обслуживанию, социальная служба, юношеские организации, отделы по трудоустройству, служба семейного консультирования, предприятия, относящиеся к социальной работе и т. д.; см. с. 420).

Для интересующихся психиатрией врачей общей практики может доставить удовлетворение совместная с психиатрами работа в специализированных психиатричес-

ких учреждениях, в особенности для пожилых людей с психическими нарушениями (например, в качестве медицинских консультантов в психиатро-гериатрических дневных стационарах, общежитиях для престарелых и т. д.). К этому можно добавить задачи общемедицинской практики при многолетнем окупающем себя обслуживании (после выписки из стационара) психотических больных с ремиттирующим течением заболевания или стабилизацией состояния, в особенности в тех местностях, где нет практикующих психиатров. Разумеется, условием для такой работы является определенный опыт психиатрической диагностики, определения показаний для психофармакологического лечения, а также некоторые познания в области неотложной психиатрической терапии и особенностей размещения психически больных.

Несомненно, желательной является компетентность в «малом психиатрическом собеседовании», психотерапии во время приема по Balint, с расчетом на потребность в учреждениях, где проводится повышение квалификации практикующих врачей (например, психотерапевтическая неделя в Линдау, психотерапевтические недели в Любеке).

Практикующие психиатры

В настоящее время существуют два варианта повышения квалификации, на проведение которых возможно заключение контрактов с работающими психиатрами:

1. **Для врачей-психоневрологов.** Срок повышения квалификации (переподготовки) — 5 лет. Предусматривает прохождение курса неврологии в течение, как минимум, 2 лет, из которых не менее 1,5 лет работы в стационаре; 2 года обучения психиатрии (из них 1,5 года в стационаре). Может быть засчитан 1 год работы в одной из медицинских специальностей (терапия, детская или юношеская психиатрия, нейрохирургия, невропатология, нейрофизиология или психотерапия).

2. **Для врачей-психиатров.** Срок повышения квалификации (переподготовки) — 4 года, из которых 1 год неврологии в стационаре (лечение острых состояний), 3 года психиатрии, из которых 2 года — обучение в стационаре. Может быть засчитана в курс повышения квалификации по психиатрии до 1 года работа в области психотерапии или детской (юношеской) психиатрии или 6 месяцев работы в области невропатологии или нейропсихологии. По меньшей мере 6 месяцев повышения квалификации по психиатрии должно проходить в психиатрической больнице данной земли или в равном ей по уровню психиатрическом учреждении.

В признанной клиентами традиционной структуре обслуживания от психоневролога требуются знания и опыт в равной степени как в области психиатрии, психотерапии и психосоматики, так и в области невропатологии. Число чисто неврологических пациентов составляет в среднем около 40 %, причем от личных интересов врача зависит, будут ли преобладать в его лечебной практике неврологические, психиатрические или «смешанные» больные.

Существующий в клиниках разрыв между психиатрией и неврологией имеет влияние и на структуру практической деятельности практикующих психоневрологов. Увеличение числа так называемых «чистых» практикующих психиатров в большинстве случаев связано с приобретением дополнительной квалификации по психотерапии, групповой психотерапии или временами ассоциируется с психотерапевтически образованными психологами, социальными работниками и психиатрическими сестрами. Их практическая деятельность связана с выводами из известных фактов о том, что принятая и дающая длительные удовлетворительные результаты практи-

Таблица 10. Процентное соотношение различных форм заболеваний при приеме в психиатрические больницы и случаев лечения в практике врачей-психоневрологов (из Отчета о состоянии психиатрии в ФРГ — к разделу о психиатрическом, психотерапевтическом и психосоматическом обеспечении населения. Бундестаг 7-го избрания, печатное издание 7/4200, 1975 г.)

Диагноз	Гамбург		Баден-Вюртемберг		Обербауерн	
	больницы	практ. врачи	больницы	практ. врачи	больницы	практ. врачи
Геронтопсихиатрические болезни	17,2	1,1	20,5	1,3	10,9	4,4
Другие органические психические заболевания	11,1	3,6	7,0	7,6	6,1	5,1
Шизофрении	18,7	9,1	26,0	10,4	29,7	7,7
Аффективные и другие психозы	18,2	40,4	9,5	28,0	17,8	23,6
Неврозы, аномальные реакции	8,1	32,0	9,5	40,8	9,8	45,2
Личностные расстройства	5,1	8,2	3,0	6,9	3,5	5,7
Алкоголики и лица с нарушениями влечений	19,7	4,4	21,0	2,6	19,2	2,9
Олигофрении	1,5	1,2	3,5	2,4	1,9	4,4
Другие, не перечисленные выше	0,5	—	—	—	1,1	1,1

ка психоневрологов связана с обслуживанием пациентов, относящихся к так называемым «малым психиатрическим расстройствам» (невротические, психосоматические, психовегетативные, мягкие психотические депрессивные состояния), и недостаточно успешна при тяжелых шизофренических расстройствах и нарушениях влечений. Для таких расстройств нужна дополнительная амбулаторная служба — либо как мобильные социально-психиатрические отделы при учреждениях здравоохранения или больницах, либо в виде психиатрической практики с соответствующей структурой приема. Это относится к той группе пациентов, которая часто и повторно подвергается стационарному лечению и нуждается в обслуживании после выписки. Табл. 10 поясняет сказанное.

Практикующие психотерапевты (психоаналитики)

После сдачи медицинского государственного экзамена, а также многолетнего клинического усовершенствования (переподготовки) возникает возможность приобретения квалификации психотерапевта (психоаналитика). Необходимые этапы повышения квалификации устанавливаются земельной медицинской палатой. В зависимости от продолжительности обучения предусматриваются две области психотерапии и два обозначения.

1. Психотерапия. 2,5 года повышения квалификации (переобучения), из которых 1,5 года клинической работы по психотерапии и/или соматической медицине и 1 год клинической деятельности в психиатрии при, как минимум, двухлетнем повышении квалификации в качестве врача-психиатра. При повышении квалификации в области психиатрии может быть засчитано полгода повышения квалификации в детской и юношеской психиатрии или психотерапии. Успех повышения квалификации (переобучения) для профессиональной деятельности в области психотерапии или психосоматической медицины может быть достигнут в течение трех лет.

2. **Психоанализ.** 3,5 года повышения квалификации (переобучения), из которых 2,5 года составляет клиническая работа в области глубиннопсихологически обоснованной и аналитической психотерапии и 1 год клинической работы в психиатрии при, как минимум, двухлетнем повышении квалификации в качестве практического психиатра. Успех повышения квалификации (переобучения) для профессиональной деятельности психоаналитика может быть достигнут в течение пяти лет.

В период деятельности, обозначенной как психотерапия, при обосновании применения или исключения тех или иных психотерапевтических методов требуется не только повышение квалификации в одном из медицинских психоаналитических институтов ФРГ, но и непосредственная работа с одним из психоаналитиков в этом институте (это возможно также для психологов, теологов и, редко, научных работников в области социальных наук).

Информация:

— Офис немецкого общества психотерапии и глубинной психологии (DGPT): Johannsbollwerk, 20, 2000, Hamburg 11.

— Офис немецкого психоаналитического объединения (DPV): Suelzaer Str., 3, 1000, Berlin, 33.

В настоящее время насчитывается 1000 врачей и психологов, проходящих переобучение (повышение квалификации) в соответствующих институтах, и много врачей, работающих по специальности «психотерапия». Около 70 % всех квалифицированных психотерапевтов одновременно являются врачами-психиатрами или неврологами.

Отчасти в связи с большой затратой времени на проведение глубиннопсихологически обоснованной и аналитической психотерапии ее услугами пользуется относительно небольшое число пациентов (около 40 тыс. в год). Для расчета с больничными кассами за проведение глубиннопсихологически обоснованной и аналитической психотерапии существует формализованный тип заявления. Для разрешения своих проблем к этим специалистам обращаются, прежде всего, больные с психосоматическими расстройствами, неврозами, вегетативными функциональными нарушениями, функциональными расстройствами защитного характера; терапия проводится как в индивидуальном порядке, так и в группах.

Увеличивающееся число молодых психиатров, которые решаются стать компетентными в области психотерапии, призвано уменьшить бессмысленный разрыв между психиатрией и психотерапией как в собственном сознании врачей, так и в их профессиональной деятельности.

Больничные психиатры

Работа в психиатрических больницах на протяжении последних лет становится привлекательной, прежде всего потому, что ангажированные и принятые на работу молодые психиатры встречаются с улучшенными условиями для своей деятельности, не отличающимися от терапевтического стационара. Открытые отделения, преобразование всех отделов больницы для проведения социо- и средовой терапии, организация полустационаров и дополнительных служб, дающих возможность проявления активности больных в амбулаторных условиях — все это драматическим образом игнорировалось прежде в больших психиатрических учреждениях. Оптимальному размещению в клинике способствует подробный увеличенный план ее расположения, а также соответствующий подбор врачебных кадров, согласно которому каждый врач,

желающий получить психиатрическую специализацию, должен, как минимум, 6 месяцев проработать в земельной психиатрической больнице.

Здесь уже упоминалось о тех изменениях, которые произошли в настоящее время в большинстве даже очень больших психиатрических больниц. При этом действует жесткое правило: чем больше больница, тем менее благоприятно положение с обслуживанием в ней, например, по числу врачей, отношению к пациентам и др.

Из общего числа около 3000 врачей в психиатрических учреждениях около 2000 работают в больших клиниках. Несомненно, что эти врачи земельных стационаров служат на «психиатрическом фронте» и обладают широким опытом работы в области «большой психиатрии». В общении с острыми и хроническими больными, наркоманами, олигофренами, гериатрическими пациентами и пограничным (в правовом отношении) контингентом больных они выполняют существенную терапевтическую работу.

В ФРГ увеличивается количество *психиатрических* отделений в общесоматических больницах и некоторых городских клиниках нервных болезней (см. с. 399), где психиатры преимущественно встречаются с неотложной психиатрией и преходящими психическими расстройствами. Такое «приближение к пациенту» лежит в основе создания в будущем региональных *психиатрических центров*, где будут обеспечены все условия для работы. В то же время существующей в ФРГ структурой поликлинического обслуживания такие отделения не предусмотрены, в связи с чем такая концепция приближения психиатрии к населению реализуется в полулегальных рамках. Это наносит ущерб обслуживанию пациентов, подготовке психиатров и немедицинского психиатрического персонала. Обслуживание постпсихотических больных в особенности требует интенсивной психотерапевтической, групповой психотерапевтической и социально-терапевтической активности, для чего необходимо обучиться работать с поликлиническими группами пациентов.

Психиатр в общих учреждениях здравоохранения

Задачи учреждений здравоохранения настолько обширны, что расширенные планы расположения всех служб и отделов должны быть обязательными, и об этом не следует забывать. В области психиатрии должны быть объявлены и отдельно обозначены в планах следующие отделы и виды деятельности: психогигиенические консультации, консультации в отношении реабилитации, психиатрическая работа в семье, консультации в отношении работы в области школьной психологии и открытых учреждениях для лиц с психическими нарушениями, инструктаж и направление в закрытые учреждения, экспертные заключения о способности к определенному виду деятельности и об интеллектуальном уровне, ранняя диагностика и предупреждение психических и душевных расстройств, учреждения по уходу, справочное бюро с предоставлением информации о планировке данного города и расположении в нем различных служб, предоставление сведений о профессиональных перспективах после проведенного лечения и т. д.

Нередко все эти задачи в небольшом городе решаются единственным психиатром. Лишь около 10 % из почти 3000 психиатров, имеющих в распоряжении учреждений здравоохранения, располагают достаточным психиатрическим опытом и используют его, по большей части, в порядке консультаций в психиатрических отделениях учреждений здравоохранения (Берлин, Ганновер и др.). К учреждениям здравоохра-

нения присоединяется социально-психиатрическая служба или консультативные пункты, сотрудники которых (врачи, социальные работники, психиатрические сестры, добровольные помощники) пытаются предложить каждому больному активную помощь, которая при преобладании пассивной позиции практикующих психоневрологов, связанной с проблемами госпитализации, не всегда оказывается. Сюда относятся, в особенности, алкоголики, психотические больные старческого возраста, больные с хроническими психотическими состояниями.

Детские и юношеские психиатры

Организационная система повышения квалификации (переобучения) этого типа специалистов предусматривает:

Время повышения квалификации (переобучения) — 4 года, из которых 1 год лечебной работы с детьми или в психиатрии, 3 года работы по детской и юношеской психиатрии, из которых минимум 2 года в стационаре. Последний год повышения квалификации (переобучения) посвящен работе в области детской и юношеской психиатрии.

По данным Психиатрической комиссии Бундестага, психиатрическую помощь детям и подросткам оказывают, по меньшей мере, 1700 специалистов по детской и юношеской психиатрии. До сих пор требованиям этой специальности соответствуют лишь около 200 специалистов. До достижения достаточного числа компетентных врачей по данной специальности ограничения числа мест для повышения квалификации (переобучения) по юношеской и детской психиатрии не предусмотрено.

Задачи юношеской и детской психиатрии, наряду с активной психотерапией и средовой терапией невротиков и юношей с нарушением поведения, включают в себя консультации по вопросам семьи, советы относительно целесообразности направления в те или иные учреждения (например, обеспечивающие уход за отправлением жизненно важных функций, учреждения общественного воспитания), оценку состояния и экспертные заключения относительно лиц пограничного (с девиацией поведения) контингента. Детские и юношеские психиатры решают также вопросы по мерам профилактики психических расстройств в период созревания. В деятельности этих специалистов рекомендуется сильный терапевтический уклон. Квалификация и опыт в педиатрии (практический опыт лечения детей в течение 1 года) являются необходимой предпосылкой для приобретения этой медицинской профессии.

Психиатр в службах пенсионного страхования, страхования на случай болезни, социальной помощи и в трудовых учреждениях

Не является излишней деятельность врача-психиатра в качестве доверенного врача и сотрудника администрации при реализации сложных страховых и социальных законов. Оценка тяжести болезни, прогноза и шансов на реабилитацию у невротиков с хроническим течением болезни, психосоматических и психотических пациентов имеет большое значение для реализации реабилитационных мероприятий в этой области. Все больше расширяется признание того факта, что административная деятельность психиатра не только не уменьшает его удовлетворение от совмещения этой работы с частным приемом пациентов, но и повышает его квалификацию и привносит в его работу гибкость.

Политическая деятельность психиатра в отношении психического здоровья

Министерство здравоохранения ФРГ исходит из реальности того факта, что 6–8 млн граждан, которые нуждаются в кратковременной или длительной психиатрической помощи (среди них около 600 тыс. больных шизофренией) до сего времени не обеспечены персональным подходом в соответствующих учреждениях. Ответственность за обслуживание психически больных и лиц с психическими нарушениями несут земельные власти (в системе которых имеются специальные министерства, земельные объединения, региональные представительства, региональные председатели и др., способствующие созданию благоприятных условий для передвижения, перемещения и медицинского обеспечения и т. д. соответствующего контингента населения). В некоторых отделах здравоохранения работают с большой нагрузкой психиатры, осуществляющие «профессиональный надзор» за государственными больницами, учреждениями правопорядка, контролирующими систему образования и повышения квалификации медицинских работников, осуществляющих медицинскую помощь, своевременное применение и реализацию Закона о психически больных, консультируют власти при принятии политических решений и нередко принимают участие в работе различных юридических учреждений. В этой связи является необходимым сочетание гибкости и принципиальной непреклонности при политическом ангажировании психиатров.

Психиатр в роли эксперта в уголовном праве, гражданском праве, социальном праве, в правовых вопросах, касающихся обслуживания, возмещения ущерба и страхования

Текущие психиатрические задачи, связанные с нарушением правовых норм (поведения), в некоторых землях решаются «судебными врачами». Система обслуживания и учреждения, занимающиеся возмещением ущерба, а также организации, занимающиеся страхованием, часто имеют собственную психиатрическую службу. Образование в этой сфере деятельности предполагает совмещение психиатрических и юридических понятий.

Роль психиатра в реализации всеобщих правил

Психически больные и лица с зависимостью, совершившие противозаконные действия в состоянии невменяемости или уменьшенной вменяемости, должны содержаться в психиатрических больницах или воспитательных учреждениях (§§ 63, 64 Уголовного кодекса, StGB). К ним применяются общие правила, направленные на улучшение состояния невменяемых и меры по предотвращению или существенному уменьшению их способности к совершению опасных действий в рамках закрытого учреждения и профилактике таких наказуемых действий в будущем. Эти правила могут применяться и как дополнительные мероприятия в случаях, когда соответствующие представляющие опасность действия не достигли такой степени, которая требует наказания. В Законе о реформе уголовного права (1975 г.) предусмотрено усиление дополнительных мер в целях безопасности. Задержание или защитные действия в отношении указанного выше контингента лиц с психическими нарушениями допустимы только тогда, когда улучшение их состояния без применения таких мер представляется невозможным. Сочетающееся с наказанием стремление к ресоциализации на первый план ставит соблюдение всеобщих правил в сочетании с лечением и коррекцией поведения. Степень соблюдения этих правил является прогностическим критерием общественной опасности и оценкой успеха лечения.

Пренебрежение общим правилом «улучшение психического состояния и безопасность» весьма нежелательно, так как в этом случае возможно применение таких

мер, которые только ухудшают положение лиц, и так на длительное время лишенных свободы. Это связано, с одной стороны, с тем, что временное ограничение прав зависит от неясного прогноза и поэтому применяется редко, тогда как, с другой стороны, на практике наказание и применение общих для всех правил сочетаются друг с другом. Требование соблюдения общих правил при лечении фактически носит характер наказания, так как в распоряжении имеющихся учреждений (осуществляющих принудительные меры медицинского характера) недостаточно функциональных и персональных мощностей. Отсюда следует, что варианты исполнения решений относительно лиц, признанных невменяемыми или уменьшенно вменяемыми, в некоторых землях регулируются законодательно.

Принцип всеобщих правил в настоящее время занял доминирующее положение в соответствующих психиатрических учреждениях. В 1988 г. Экспертная комиссия признала необходимость наверстать упущенное в этой области. С начала 80-х годов осуществляется реформирование системы соблюдения всеобщих правил в различных местностях. В этой исключительно трудной работе помимо тяжелых персональных и организационных проблем врачу необходимо осознать и определить собственную позицию и условия заключения контракта.

Психиатр в высшей школе и научно-исследовательских институтах

В 23 университетских психиатрических клиниках ФРГ на 3500 мест работает примерно 700 врачей. В 130 психиатрических больницах и больницах со смешанной (психиатрия и неврология) специализацией в общей сложности работает 2200 врачей, обслуживающих 90 000 мест. Почти 1/3 специалистов-психиатров работают в университетских клиниках. Преимущество ситуации, связанной с работой в университетских клиниках, очевидно. В противоположность другим учреждениям, врачи-ассистенты, как правило, в стенах университетских клиник проходят весь цикл профессионального обучения и приобретения специальности. В будущем все возрастающее число психиатров будет использоваться в образовательных и исследовательских целях. При этом по сравнению с другими медицинскими специальностями переход от временной деятельности в качестве доцента или исследователя к руководящей врачебной деятельности затруднен, в связи с чем достижение устойчивого положения в качестве педагога или исследователя особенно необходимо. Психиатрические исследования и психиатрическое образование лишь в незначительной степени определяются персональными склонностями. Основным пунктом психиатрических исследований на интернациональном уровне является в настоящее время эпидемиология, психофизиология, биологическая психиатрия, а также исследования, связанные с эффективностью психотерапевтических методов и психиатрической службы.

Области немедицинской деятельности в психиатрии

Медицинские сестры и лица, осуществляющие уход за больными

Уже более 150 лет они выполняют свой долг по обслуживанию психиатрических пациентов. Точно так же, как в последние годы подверглась изменению роль психиатра, изменилось и значение обслуживающего персонала. Расширение знаний о роли социальных и биографических факторов в возникновении и течении психических заболеваний, как и успехи медикаментозной терапии, приводят к тенденции присоединения к социально изолированным методам лечения активных социальнореабилитационных методов, делающих лечение более эффективным. Медицинские сес-

тры и обслуживающий персонал должны не только заботиться о покое, порядке и чистоте в отделении, но и прилагать усилия для создания терапевтического климата, в котором можно развернуть с помощью специальной методологии и квалификации создание специализированных групп. Самочувствие психиатрических пациентов в больницах находится в прямой зависимости от среды, которая их окружает, и от того доверия, которое они испытывают к людям, с которыми им приходится встречаться. Решающее воздействие на такую среду оказывает обслуживающий персонал, который, в отличие от часто меняющихся в отделении врачей, способен создать постоянный, традиционный стиль работы, являющийся для тех, кто начинает свой путь в психиатрии, практическим руководством и наставлением, которое нельзя передать с помощью «нудного» изучения.

Спрос на сотрудников в области социотерапии обеспечивается в многочисленных учреждениях по переобучению и повышению квалификации для специализированных в области психиатрии медицинских сестер и лиц, обеспечивающих уход и надзор. Такое «социально-психиатрическое дополнительное образование» существует и в других профессиональных группах, например, для социальных работников, трудотерапевтов, терапевтов, осуществляющих лечение с помощью движений и физических упражнений.

Информация:

Доктор Р. Bastiaan, руководитель социально-психологического дополнительного образования в Высшей медицинской школе, Konstanty-Gutschow-Str. 8, 3000 Hannover 61.

Социальные работники

Их деятельность в психиатрии имеет гораздо менее продолжительную историю и традицию, чем работа медицинских сестер и лиц, осуществляющих уход и надзор. Увеличивающееся приобщение к психиатрической практике психосоциальных и реабилитационных аспектов делает их сотрудничество в психиатрических командах безусловно необходимым. Они являются не только экспертами для оптимального применения и практического осуществления все более усложняющегося законодательства (см. с. 431), но и придают легитимный характер, защищают и делают возможным стремление к самопомощи при лечении психически больных. Если они в период обучения приобретают знания об образовании групп, без участия в которых затрудняется и индивидуальная работа с клиентом, то это делает возможным исключительно продуктивный и стимулирующий вклад социальных работников в живую групповую работу в команде с больными. В общей сложности число социальных работников в психиатрических учреждениях пока еще невелико (около 600).

Трудотерапевты и терапевты, проводящие лечение занятостью

Понятие «терапия занятостью» пришло к нам из Англии после Второй мировой войны. Первоначально направленность на профессиональную компенсацию проявилась в ортопедии. В течение последнего времени создано много (около 30) мест повышения квалификации (переобучения), где в рамках трехлетнего обучения предлагаются также равноценные программы, связанные с психиатрическими учебными целями. Работа и творческая занятость являются важнейшей и устойчивой частью самореализации человека. В связи с этим трудотерапия и терапия занятостью,

выражающие реалистичные принципы в плане лечения каждого психически больного, занимают существенное место. Акцент в терапии занятостью делается на креативную (творческую) технику, с помощью которой мобилизуются утраченные или неразвившиеся способности, пробуждается аффективный резонанс и мотивация к самостоятельной и осознанной деятельности. Сюда же относится и потребность в поддержке целесообразной и осмысленной организации свободного времени пребывания больных и лиц, потерпевших ущерб от болезни. В общей сложности в психиатрии работают около 1400 трудотерапевтов и терапевтов занятостью, большая часть которых имеет законченное образование.

Терапия движением

В психиатрии часто пренебрегают группами, в которых проводится терапия движением и лечебной гимнастикой. Буквально перед каждым пациентом, у которого нарушены взаимосвязь с окружением и способность владеть своим телом, например, при медикаментозной нейролептической терапии, при которой пациенты испытывают нарушение моторной подвижности и гармонии двигательных процессов, стоят задачи по двигательной терапии, которая проводится либо с каждым пациентом, либо в группе и которую нельзя недооценивать. В перечень лечебных мероприятий каждого полустационара или стационара включаются и лечебные методы, связанные с движением и лечебной гимнастикой.

Психологи

Специфическим вкладом психологов, работающих в психиатрической клинике, является психодиагностика, методико-статистическое консультирование, дальнейшее содействие в изучении психологических основ в рамках совместного (с врачами) повышения квалификации и в возрастающем масштабе применение специальных психотерапевтических методов, в особенности поведенческой психотерапии.

Диагностические предложения кажутся мало востребованными. Однако развитие ранней психометрически-статистической, ориентированной на динамику поведенческий анализ диагностики может служить непосредственной помощью в терапевтических усилиях.

Благодаря обоснованным методико-статистическим познаниям, психологи трудятся в области планирования, реализации и использования научных исследований в сфере психиатрии, особенно в качестве сотрудников, сопровождающих терапевтические исследования и при контроле за их эффективностью; незаменимы они и при решении научно-исследовательских задач.

Клинические психологи в настоящее время, как правило, получают законченное психотерапевтическое образование в области поведенческой терапии, психотерапии при собеседовании, гештальт-терапии или психоанализа. В такой наиболее часто применяемой психотерапевтической методике, как поведенческая психотерапия, имеется потребность в научной проверке и контроле за терапевтической деятельностью. В качестве сотрудников терапевтической команды необходимо найти методологически и терапевтически компетентных психологов. Во многих клиниках квалифицированные психологи берут на себя руководящие функции в отделении, например в сфере реабилитации, отделениях для длительного пребывания или при продолжительном лечении алкогольно или медикаментозно зависимых.

ЛИТЕРАТУРА

- Kisker K.P.: Eine Prognose psychiatrischer Therapeutik. *Nervenarzt* 43 (1973) 184—194.
- Maßregelvollzug — Forensik. *Sozialpsychiat. Inform.* 19, Heft 4 (1989).
- Mombour W.: Psychiatrische Aus- und Weiterbildung. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Bd. 34. Springer, Berlin 1983.
- Rohde-Dachser Chr.: Ärztliche Psychotherapie-Weiterbildung in der psychiatrischen Klinik. *Psychiatrische Praxis*. 6 (1979) 183—194.
- Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 13 Heft 2 (1983).

59 Психиатрические заключения, касающиеся наказания и недобровольной госпитализации

Цель обучения

Знания о задачах врача-эксперта перед судом при простой постановке психиатрических вопросов, о возможности помещения психически больного в закрытое психиатрическое учреждение с учетом законодательства отдельных земель, касающегося душевнобольных.

Заключения и задачи медицинского эксперта

Каждое медицинское заключение предполагает интенсивный сбор психиатрических данных. Эти данные должны содержать личный и социальный анамнез, психопатологические сведения, включая в случае необходимости и клинико-психологические исследования, психодинамическую разработку данных, имеющих значение в области психиатрического права, мотивационных взаимосвязей; соматические и, в особенности, неврологические исследования, включая при необходимости специальную неврологическую диагностику; информацию о других персонах, имеющих отношение к данному делу; подробное изучение документов.

Язык, который применяется для изложения суду диагноза, проблематики, связанной с особенностями личности подэкспертного, судебно-психиатрических или социально-медицинских оценок, должен быть понятен как юристам, не имеющим медицинского образования, так и дилетантам в области права и сотрудникам органов власти.

Судебный эксперт дает суду только медицинскую оценку, не заменяет и не подсказывает судебного решения, и его заключение является лишь одним из свидетельств, используемых прокурором для обвинения или адвокатом для защиты.

Как правило, врач должен давать заключение только для суда, государственной прокуратуры или органов власти. Лишь тогда, когда во время правового процесса (разбирательства) привносятся существенные психиатрические обстоятельства или существует угроза пренебрежения этими обстоятельствами, врач может выступить в качестве частного эксперта. При этом следует иметь в виду, что, выступая по поручению одной из сторон процесса, врач легко может быть заподозрен судом в заинтересованности.

Как эксперт, врач должен быть педантичным и во всех случаях соблюдать нейтралитет. Он должен строго придерживаться эмпирических взаимосвязей, исходящих из данных исследования и обстоятельств дела, и не ориентироваться на нормативные юридические представления. Начало экспертного исследования целесообразно проводить открыто, чтобы у эксперта не было тайн от суда. При всех видах исследования эксперт действует в пределах своей компетенции, давая разъяснение в письменной форме по поводу каждого такого исследования.

Агравация (усиление имеющихся симптомов), *симуляция* (разыгрывание не существующих на самом деле в данном случае симптомов), *диссимуляция* (отрицание имеющихся симптомов) встречаются чаще при взаимоотношениях между экспертом и обследуемым, нежели при взаимоотношениях врача и больного.

С другой стороны, только эксперт, имеющий необходимую подготовку по психопатологии, способен достаточно обоснованно представить суду мотивационно-динамические связи в поведении подэкспертного, имеющие значение для правовой оценки.

Эксперт, как правило, излагает свое заключение в письменной форме. Если во время судебного заседания судья требует от эксперта устное заключение, то оно в последующем должно быть изложено письменно и присоединено к материалам дела. Устное сообщение должно быть систематизированным, но изложенным в свободной форме; эксперт должен иметь возможность пересмотреть данное предварительно заключение, если этого потребуют новые данные, полученные во время судебного разбирательства.

Если это возможно, проводится амбулаторное освидетельствование. Направление на стационарное экспертное освидетельствование, длящееся до шести недель, носит, согласно § 81 Уголовно-процессуального кодекса (St PO), недобровольный характер.

Невменяемость и уменьшенная вменяемость

Уголовно-правовая ответственность. Вменяемость взрослого, вытекающая из данного деяния, может быть отменена или уменьшена, если в период деяния имелись предпосылки, подпадающие под действие §§ 20, 21 Уголовного кодекса (St BG).

§ 20: Невменяемость вследствие психического расстройства

«Вина не может быть вменена, если в период совершения деяния из-за болезненного душевного расстройства, наступившего вследствие глубокого нарушения сознания, либо слабоумия, либо другого тяжелого психического нарушения становится невоз-

можным осознание несправедливости или неправомерности данного деяния». Вменяемость, как правило, исключена в случае, если в период деяния диагностируется острый психоз или выраженное психотическое или психоорганическое изменение личности («болезненное душевное расстройство»), глубокое, эмоционально обусловленное исключительное состояние (глубокое нарушение сознания), существенная умственная отсталость (слабоумие) или сильно выраженные (невротические или обусловленные другими причинами) разновидности психических расстройств, в отношении которых имеется уверенность в том, что эти состояния исключают способность отдавать себе отчет в правильности своих действий и руководить ими.

§ 21: Существенное уменьшение вменяемости

Сюда относятся деяния, при которых исключаются положения, изложенные в § 20 St BG, и имеется способность к пониманию неправильности своих действий как в период деяния, так и после него, но в отношении которых наказание может быть уменьшено в соответствии с § 49 раздела 1 Уголовного кодекса.

Уменьшенная вменяемость констатируется при массивной степени выраженности следующих психопатологических состояний: в единичных случаях невротических состояний, при которых мотивационная динамика деяния неизбежно вытекает из болезненных оценок происходящего, когда психологическая мотивировка действий личности ограничена переживаниями или существенно изменена вследствие актуального конфликта.

Как вытекает из сказанного, медицинские и юридические оценки могут быть разграничены, однако многие зарубежные психиатры не уверены в правильности этого. Эксперт не может ограничиваться только биологическими положениями и констатацией психических и соматических расстройств. Каждое ограничение может иметь существенные правовые последствия вплоть до вывода об экскуляции при многих психических расстройствах.

Задачи психиатрического эксперта при установлении вменяемости

Психиатрический эксперт, прежде всего, описывает психическое состояние, личностную структуру и динамику состояния подэкспертного. Для констатации возможности вменить вину эксперт должен предоставить возможность сравнительной оценки различных суждений, изложенных в материалах дела, чтобы информировать суд о степени отклонений у подэкспертного от психической нормы, опираясь при этом на свой опыт и знания в области подхода к психически больным. Существенная степень патологических отклонений и их интенсивность являются решающим критерием для оценки так называемых психологических признаков, подходящих под действие §§ 20 и 21 Уголовного кодекса. Оценка интенсивности психических расстройств, которые могут исключить вменяемость, очень тяжела и, в конечном счете, относится к компетенции суда.

Виновность и наказуемость основаны на предположении о том, что преступник имеет возможность принимать решения. В своем первоначальном анализе эксперт-психолог или психиатр не должен опираться ни на какие доказательства. Лишь на заключительной стадии своей работы (Post-hoc-Analysen) эксперт должен многократно устанавливать, с какими определенными структурами связана личность подэкспертного и как совокупность его опыта и переживаний результируется в готовности к определенным действиям. Невозможно ответить на вопрос, мог ли преступник вести себя иначе, так как это вопрос из области метафизики.

Чаще всего суд ставит вопрос о том, ограничивают ли психические расстройства уголовную ответственность преступника и какие меры необходимо предпринять для улучшения его здоровья и защиты от его преступных действий (§ 61 УК). При экскульпации следует оценивать опасность совершения повторных противоправных действий, что может потребовать в соответствии с § 63 недобровольного помещения в психиатрическое учреждение. Совершивший правонарушение может быть в соответствии с § 63 части 2 УК направлен в «социально-лечебное учреждение», когда, согласно § 65 части 3 УК, его состояние требует в большей степени терапевтических усилий и социальной помощи в целях ресоциализации, чем лечения в психиатрическом учреждении. При алкогольной или наркотической зависимости в соответствии с § 64 УК осуществляется помещение в специальные учреждения для лечения наркоманов, где они находятся в качестве заключенных за повторные уголовные деяния, совершенные в связи со своим влечением, либо лечатся, не будучи осужденными, так как решение об их вменяемости еще не вынесено. Условием для такого лечения является серьезная опасность повторения аналогичных правонарушений и вытекающая из этого обстоятельства необходимость лечения наркотической или алкогольной зависимости. После окончания лечения или прерывания его наступает многолетний период «руководящего контроля» или социально-профилактического обслуживания через посредничество контролеров-помощников, которые для осуществления своих функций часто нуждаются в психиатрических советах.

Заключение о *неспособности подвергаться аресту или невозможности участия в судебном заседании* выносится при сильно выраженных психических расстройствах (психозы или состояния, приравненные к психозам). Новое законодательство, направленное на реформирование уголовного права, придерживается строгого соблюдения принципа искупления вины для ресоциализированных правонарушителей. От реализации этих законодательных инициатив зависит дальнейшее развитие действенной службы профилактики уголовных действий и соответствующих исправительных учреждений. В некоторых «социально-терапевтических» учреждениях, открытых в ФРГ за последние десятилетия и предназначенных для лиц, предварительно прошедших лечение, юридически закреплено положение об отказе от терапевтических мероприятий.

Юношеское судебное законодательство

В области юношеского судебного законодательства (JGG) происходит дальнейшая разработка судебно-психиатрических подходов на основе данных о психическом развитии. При том, что суд не может назначить наказание совершившему уголовное деяние ребенку, по отношению к нему проводятся определенные мероприятия (помощь в воспитании, охраняющий надзор, воспитание в сочетании с обслуживанием). Для подростков, которым исполнилось полных 14 лет, предусматривается ответственность при условии, что они должны пройти испытание на предмет того, подходят ли они под действие § 3 JGG.

§ 3 JGG: Ответственность

«Подросток является уголовно наказуемым, если он во время совершения деяния по своему нравственному и духовному развитию мог понимать неправомерность своих действий и руководствовался этим пониманием. Юноше, недостаточно зрелому для того, чтобы нести ответственность, судья в качестве воспитательных мер назначает опеку».

*Некоторые практические критерии зрелости**Биологические критерии:*

- Имеются ли какие-либо конституциональные аномалии?
- Имеется ли поражение мозга?
- Соответствует ли соматическое развитие возрасту?
- Имеется ли соматическая дисгармония или асинхронное (дисгармоническое) развитие?
- Существуют ли эндокринные расстройства?
- Имеется ли слабоумие или другие психические расстройства, которые должны быть оценены в рамках уголовного кодекса?

Социально-психологические критерии:

- В каком окружении рос подросток и в каком окружении он живет в настоящее время?
- Соответствует ли духовное и психическое развитие возрасту?
- Соответствует ли духовно-психическая зрелость соматическому развитию?
- Что вытекает из деликта относительно духовно-психической зрелости при правонарушении? Что означают временные и личностные обстоятельства дела в плане духовно-психической зрелости при правонарушении?
- Какое значение имеет пубертатный период для данного деяния?
- Имеется ли склонность к невротической переработке переживаний?
- Какие мероприятия могут оказать благоприятное влияние на подростка?
- Какие могут быть последствия, если установлена недостаточная зрелость для уголовной ответственности?

В противоположность сказанному выше, при достижении полных 18 лет наступает уголовно-правовая ответственность. Правда, существуют правонарушители от 18 до 21 года, чья личностная незрелость дает основание применять к ним наказание, предназначенное для подростков. В соответствии с § 105 JGG, юноши и девушки от 18 до 21 года подходят под действие юношеского судебного законодательства, если общие свойства личности правонарушителя, принимая во внимание дополнительные обстоятельства, свидетельствуют о том, что во время деяния его нравственное и душевное развитие соответствовало подростковому возрасту и если после деяния имелись факты, свидетельствующие о задержке его развития на стадии подросткового возраста.

Экспертная оценка требует особенно тесной взаимосвязи между детской и юношеской психиатрией, криминальной психологией, а также лечебной педагогикой и имеющимся опытом в области социального обеспечения. Характеристика деяния как «инфантильного» и описание социальной ситуации («обусловленность внешними обстоятельствами») требуют от эксперта знаний о психологии и психопатологии развития и в области социальной медицины.

**Направление психически больных
в закрытые психиатрические учреждения**

Оно регламентируется земельным законодательством в рамках части 104 Конституции, согласно которой «недобровольная госпитализация и ее продление возможны только по решению судьи. Решение судьи должно быть вынесено не позднее чем на

следующий день после недобровольного помещения в психиатрическое учреждение». При помещении в психиатрическую больницу судья, как правило, опирается на заключение опытного эксперта.

Порядок недобровольного направления и содержания в психиатрической больнице регулируется новыми земельными законами, которые предусматривают значительно больший, чем прежде, объем социально-психиатрической помощи. Это законодательство носит открытый характер и предусматривает оплату социально-психиатрической службы. Лучшие психиатрические стандарты в этой области ориентированы на низкие квоты для недобровольного направления в психиатрическое учреждение.

В критической ситуации, когда требуется принять незамедлительное решение о госпитализации, врач должен сделать выбор между обвинением в лишении свободы госпитализированного и необходимостью оказания неотложной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

- Lauter H., H.L. Schreiber: Rechtsprobleme in der Psychiatrie. Rheinland-Verlag, Köln 1978.
Remschmidt H., M.H. Schmidt: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. I–III. Thieme, Stuttgart 1985 u. 1988.
Venzlaff U.: Aktuelle Probleme der forensischen Psychiatrie. In: Kisker K.P., J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen: Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Springer, Berlin 1975.

60 Психиатрическая экспертиза в гражданском праве. Страхование и правовые положения, связанные со страхованием и возмещением ущерба

Цель обучения

Взгляд на правовые последствия медицинских экспертных заключений в отношении способности пациентов совершать сделки, их дееспособности, способности самостоятельно совершать имеющие правовые последствия поступки, процессуальной и судебной дееспособности, способности отдавать завещательные распоряжения, способности вступать в супружеские отношения, которых ожидают от практикующего врача родственники, учреждения и суды. Оценка medico-психологических препятствий (ограничений) с точки зрения прав, связанных со страхованием и социальными гарантиями и для разъяснения медицинских заключений страховым и социальным работникам.

Гражданское право

Необходимо уяснить, что Гражданский кодекс предоставляет права, взаимные обязанности и правовые гарантии гражданам, которые даются им в данном обществе на основании общественного договора.

Выполнение каждой общественной роли и, прежде всего, обсуждаемые здесь ограничения в выполнении этой роли должны вписываться в соответствующие данной культуре образцы поведения и учитывать социальные изменения даже в случаях, если речь идет о выходящих за рамки общепринятого поведения меньшинств (см. с. 86).

§ 104 Гражданского кодекса (BGB). Дееспособность

Недееспособными являются:

- дети, которым не исполнилось полных 7 лет;
- лица, у которых свободное волеизъявление исключается в связи с болезненным расстройством психики, если это расстройство не носит преходящий характер;
- лица, признанные недееспособными вследствие психического заболевания.

§ 6 Гражданского кодекса (BGB). Признание недееспособным

Недееспособность может быть установлена в следующих случаях:

- когда вследствие тяжелого психического заболевания или слабоумия данное лицо не может выполнять свои дела;
- когда вследствие расточительности возникает чрезвычайная опасность обнищания для самого гражданина и его семьи;
- когда вследствие пьянства или наркомании данное лицо не может решать свои дела, или представляет чрезвычайную опасность для своей семьи, или подвергает опасности обнищания других.

Недееспособность отменяется, если основания для нее отпадают.

Предложения об установлении недееспособности вносят родственники или государственные защитники. Под *психическим заболеванием*, требующим признания недееспособным и учреждения опеки, подразумевается не психиатрический диагноз, а степень психической измененности (в том числе и тяжелая степень слабоумия), тогда как психическая недостаточность подразумевает легкую степень психических нарушений (в том числе и мягко протекающие продолжительные психотические состояния).

Эксперт рекомендует признание недееспособности с *исключительной осторожностью* и только тогда, когда пациент без решительного правового посредничества (заботы об имуществе) не может предотвратить угрозу социально-экономического ущерба. Признанные недееспособными вследствие «психического заболевания» в гражданско-правовом отношении приравниваются к детям, не достигшим семилетнего возраста. *Факт признания недееспособными обязательно вносится в перечень возможных санкций.*

С правовой и медицинской позиций неверно делать установление недееспособности или необходимость в уходе предпосылкой для приема в психиатрическую больницу больного, направленного по решению суда. К сожалению, в настоящее время это еще практикуется в консервативных психиатрических учреждениях и органах здравоохранения. *Недееспособность и потребность в попечительстве имеют ярко выраженную социальную направленность*: определенная клиническая картина при «неопределенных обстоятельствах» может стать причиной установления недееспособности и учреждения опеки, в то время как у пациента с определенным имущественным положением (особенно в случаях ясного права наследования) та же картина болезни еще не дает повода для признания недееспособным и установления опеки.

§ 1800 BGB: Неотложная госпитализация с помощью опекуна или попечителя

Госпитализация взрослого лица, связанная с лишением свободы, допускается только с санкции суда по опеке; суд перед принятием решения должен заслушать направляемо-

го на госпитализацию. Без санкции госпитализация допускается только тогда, когда ее отсрочка связана с опасностью; в таких случаях санкция суда безотлагательно следует за госпитализацией. Суд отзывает санкцию на госпитализацию, когда здоровье и благополучие взрослого больного не требуют дальнейшего пребывания в больнице.

§ 1910: Уход (попечительство)

Разд. 2. Если совершеннолетний, не нуждающийся в учреждении над ним опеки, вследствие психической или соматической недостаточности не может решать отдельные вопросы или определенный круг вопросов, особенно касающихся имущества, то для решения этих дел он может пользоваться услугами попечителя.

Разд. 3. Попечительство может учреждаться только с согласия больного, если такого рода взаимопонимание возможно (в смысле § 104 BGB).

Когда при оформлении попечительства возможно взаимопонимание с пациентом, которому назначен попечитель, возможен и отказ от попечителя или назначение нового попечителя. Необходимо отрегулировать *возможность для попечителя с достаточной частотой посещать больного и оказывать ему помощь*. Попечительство, а также признание недееспособным с целью проведения недобровольной терапии возможны в тех случаях, когда пациент, помещенный в стационар, не дает согласия на определенные лечебные мероприятия в стационарных условиях, в то время как для недобровольной госпитализации нет витальных показаний, связанных с опасностью для жизни. Назначенный попечитель не может *самостоятельно определять отказ от пребывания* в психиатрической больнице находящегося под его попечением больного. Это определяется особым предписанием суда по опеке (см. § 1800).

Проект законодательства по опеке (Betreuungs-gesetzes, BtG)¹

До настоящего времени действует и уже нуждается в реформировании законодательство об опеке и попечительстве, которое в будущем должно быть заменено законом об опеке. При разработке такого закона должны быть учтены следующие существенные соображения:

1. Признание недееспособным должно быть отменено.
2. Опекунство и попечительство над совершеннолетними должны быть заменены правовым институтом кураторства (Betreuung).
3. Статус лица, осуществляющего кураторство, не может автоматически ограничивать права обслуживаемого лица. Если в отдельных случаях это все же желательно, то суд может назначить куратора при условии согласия на это обслуживаемого.
4. Вместо зависящего от случая назначения опекуна или попечителя вводится персонифицированная система кураторства.
5. Лицо, осуществляющее кураторство, должно соответствовать принципиальным пожеланиям обслуживаемого.
6. Забота о личности больного должна играть главенствующую роль при лечении, госпитализации и подобных им мероприятиях, а также при выборе жилья.
7. Насильственная стерилизация и стерилизация малолетних должны быть запрещены. В исключительно редких случаях, когда могут наступить тяжелые последствия, возможно согласие на такую операцию куратора.

¹ Новое законодательство вступило в законную силу с 1 января 1992 г. — *Прим. пер.*

8. Задача куратора заключается в персональном контакте с больным, он должен выслушивать его и давать существенные разъяснения.

9. После пяти лет кураторства необходимо вновь пересматривать необходимость его продления.

10. В процессе ухода за лицами, нуждающимися в кураторстве, больные должны быть уверены, что, независимо от способности совершать сделки, они могут совершать другие действия.

11. Когда это требуется, деятельность куратора может быть дополнена услугами лица, осуществляющего уход.

12. Госпитализация должна осуществляться только в соответствии с гражданским правом и общественным порядком, а также с действующим земельным законодательством.

13. Нуждающиеся в кураторстве освобождаются от судебных сборов и издержек.

14. Расходы, связанные с кураторством, обеспечиваются и поощряются, особенно при улучшении обслуживания.

15. Действующая система опеки и попечительства заменяется четким законодательством, касающимся кураторства.

Способность отдавать завещательные распоряжения

Завещание не может быть дано:

- если завещающий признан недееспособным (§ 6 BGB, см. с. 429);
- если во время составления завещания завещающий признан неспособным к совершению сделок (§ 104 BGB);
- если вследствие болезненных расстройств психики, слабоумия или нарушения сознания (в частности, алкогольного опьянения) завещатель находится в таком состоянии, что не может представить себе значение данного волеизъявления, а в дальнейшем способен действовать благоразумно.

Экспертное заключение в отношении способности отдавать завещательное распоряжение весьма затруднительно, когда завещание оспаривается после смерти завещателя (наследодателя), и оценка его состояния в период составления завещания основана лишь на наблюдениях нотариуса и свидетелей.

Социальное право

Институты, которые принимают решения в области страхования, компенсации ущерба и возмещения претензий к обслуживанию (работники по обслуживанию, государственные и частные страховые компании, социальные службы, службы по оценке нанесенного ущерба, социальные суды, суды по определению ущерба), опираются на психолого-медицинские и социально-медицинские оценки состояния данной проблемы чаще, чем на психиатрическую экспертизу. Вопросы, касающиеся *причинной взаимосвязи* вредоносных факторов с психопатологическими нарушениями и *снижением трудоспособности*, а также оценка *шансов на реабилитацию* при психических расстройствах находятся в центре внимания экспертов чаще, чем в других областях социального обеспечения. От эксперта-психиатра требуется индивидуальный подход и дифференцированное использование клинических и социально-психиатрических научных положений, критическое отношение к шаблонным «ученым мнениям» и осторожное использование очень сложных институтов поручительства.

Типичные экспертные задачи

Нетрудоспособность с точки зрения трудового права и социального страхования наступает тогда, когда пациент вследствие болезни или других нарушений либо слабости его физических или душевных сил в течение обозримого времени (до двух лет) может заниматься трудовой деятельностью менее 3–4 часов в день и не в состоянии иметь более или менее достаточные постоянные доходы от своей деятельности (§ 1247 Порядка государственного социального страхования, RVO, или § 24 AFG).

Профессиональная непригодность может наступить вследствие болезни, а также других нарушений и слабости душевных и физических сил, если утрата трудоспособности составляет не менее 50 % по сравнению с психическим и физическим здоровьем (§ 1246 RVO или § 23 AFG) застрахованных лиц с аналогичным образованием и равноценными знаниями и способностями.

Эксперт рекомендует предоставление ренты (пенсии), когда ему становится ясно, что нетрудоспособность и профессиональная непригодность носят стойкий характер. Институты государственного страхования и социальной помощи предусматривают финансирование большого объема мероприятий по реабилитации, т. е. восстановлению трудоспособности и общественно-социальной реадaptации (лечение, обучение новой профессии, переобучение и т. д.)

Право на денежную компенсацию

Особое значение для дальнейшего развития *федерального закона о компенсациях* (BEG) имеет исправление национал-социалистического бесправия. Психиатрический ущерб, нанесенный жертвам концлагерей, узникам гетто, пострадавшим от длительного заключения, пребывания на нелегальном положении и т. д., проявляется в нарастающих хронических личностных изменениях с депрессивными и фобо-невротическими проявлениями (см. с. 27). Разработка медицинских представлений и признание психореактивных расстройств как следствия «адекватной» переработки экстремального психофизического стресса, являющегося существенной и основной причиной заболевания, в законодательстве о социальном страховании является основанием для обратного действия закона. Эти вызванные тяжелым психофизическим стрессом состояния должны быть отграничены от неврозов в традиционном понимании их мотивационной динамики и от пограничных расстройств психики.

ЛИТЕРАТУРА

- v. Baeyer W.: Neurose, Psychotherapie und Gesetzgebung. In: Handbuch der Psychotherapie. Bd. I. Urban & Schwarzenberg, München 1959.
- Kobus W.: Psychisch Behinderte. Sozialrecht. In: Blohmke M. u. a.: Handbuch der Socialmedizin. Bd. III. Enke, Stuttgart 1976.

61 Виды социальной помощи психически больным*Цель обучения*

Знания о существенных положениях государственного страхования (Reichversicherungsordnung, RVO), Федерального закона о социальной помощи (Bundessozialhilfegesetzes, BSHG) и Закона о содействии в трудоустройстве (Arbeitsförderungsgesetzes, AFG), которые имеют значение для терапевтико-реабилитационной работы с психически больными.

Со времени Второй мировой войны установки общества по отношению к психически больным претерпевают медленные, но стойкие изменения. Проще говоря, по мере того как концепции отделения психически больных в специальные учреждения и чрезмерной опеки над ними теряют свою актуальность, психиатрические пациенты восстанавливают нормальные социальные связи и получают возможность заниматься профессиональной деятельностью. Такое изменение установок в отношении к психически больным произошло, несомненно, благодаря ряду терапевтических успехов на протяжении последних 20 лет, среди которых важную роль играет расширение психофармакологических возможностей. В равной степени важно при продолжении медицинского лечения использовать для психически больных и все другие виды помощи, распространяя на них систему социального обеспечения с учетом их определенной уязвимости и слабости межличностных контактов, а также гарантии выполнения части 1 Основного закона, гарантирующего соблюдение достоинства человека («Wurde des Menschen»). Исходя из этих требований и с учетом характера, способностей и потребности принимать участие в жизни общества должны определяться все рекомендации, касающиеся помощи психически больным.

Система социального обеспечения в ФРГ

Современная система социального обеспечения в ФРГ разделяется на три основные части:

1. *Страхование*: страхование на случай болезни, пенсионное страхование, страхование безработицы, законное страхование несчастных случаев.
2. *Обеспечение*: право на обеспечение в соответствии с федеральным законом об обеспечении (BVG) и, в особенности, обслуживание жертв войны.
3. *Социальная помощь*: Федеральный закон о социальной помощи (BSHG).

Эта расчлененная система основана на двух основных принципах:

- *принцип причинности*, включая фактор риска, определяющий состояние трудоспособности;
- *финальный принцип*, обеспечивающий предусмотренные законом социальные мероприятия, так как случай риска уже наступил и эти мероприятия в равной мере относятся ко всем, независимо от причины. Прототипом его является

Федеральный закон о социальной помощи (BSHG, 1962, 1983)

Наряду со страхованием на случай болезни это один из важнейших законов, используемых в практической психиатрической работе. Со времени своего вступления в силу в 1962 г. этот закон претерпел ряд изменений, особенно касающихся улучше-

ния помощи душевнобольным. К дополнениям относятся также и положения закона о социальной помощи в отношении лиц, оказавшихся на территории ФРГ и не имеющих достаточных средств для своего существования. В отношении этого контингента не следует ожидать, когда такая необходимость наступит.

Федеральный закон о социальной помощи обязывает всех иметь определенный уровень благополучия, обеспечивающий самопомощь или поддержку и защиту в такой степени и до тех пор, пока понесший ущерб от болезни не приобретет такое состояние, что его жизнь не будет зависеть от посторонней помощи. Важно, чтобы работа по оказанию социальной помощи была индивидуализирована, т. е. носила конкретный характер и определялась конкретной необходимостью для каждого человека. Для этого BSHG подразумевает два варианта социальной помощи: когда такая помощь является единственным источником существования и когда собственные усилия и работа недостаточны для обеспечения трех категорий неработающих членов семьи (родители, дети, супруги), что является основой для так называемого последующего ранжирования. Особое значение имеет то, что социальная помощь включается на предварительном этапе, т. е. тогда, когда в связи с наступившим бедственным положением от нее полностью или частично зависит нуждающийся. В последующем социальная помощь предоставляется для того, чтобы подтвердить эффективность предварительной помощи. Социальная помощь предоставляется без формального заявления, т. е. телефонного звонка достаточно для запуска социальной программы.

При оказании социальной помощи выделяют две ее разновидности:

- *помощь в жизненной поддержке*; ее целью является гарантия предоставления жилья, питания и обеспечение некоторых других потребностей (прожиточный минимум);
- *помощь в особых жизненных ситуациях*; ее целью является устранение или смягчение проблем, возникших при особых бедственных положениях и трудностях.

Закон о социальной помощи подразумевает работу вышестоящих и местных носителей социальной помощи. Первыми называются те социальные работники, которые назначаются социальной службой данной земли или земельного содружества; вторыми (местными) — назначаемые данным округом или городом, не разделенным на округа. Их статус определяется §§ 99 и 100 BSHG. Проще говоря, вышестоящие социальные работники представлены во всех стационарных и полустационарных учреждениях (приюты, психиатрические больницы, трудовые мастерские и т. д.), а местные социальные работники предназначены для оказания других видов помощи.

Важная форма поддержки лиц с психическими поражениями предусмотрена § 39 BSHG, регулирующим оказание им *помощи в адаптации*. Задачей и целью такой службы является предотвращение нарастания психической недостаточности или смягчение такой недостаточности или ее последствий с приспособлением лиц с психическим ущербом к жизни в обществе. Сюда относится все, что делает возможным и облегчает участие лиц с психической недостаточностью в жизни общества при исполнении ими профессиональных обязанностей или соответствующей деятельности и делает их по возможности менее зависимыми или независимыми от ухода (§ 39, часть 3 BSHG).

В основе этих важных разделов официальной помощи лежит финансирование требований для осуществления внебольничной помощи психически больным. Кроме переходных форм пребывания, приютов и трудовых мастерских для лиц с психическими поражениями предусматриваются амбулаторные формы обслуживания по месту их жительства и во все возрастающем количестве мест дневного пребывания. Создание общественных объединений по обслуживанию на дому является перспек-

тивной формой выполнения стандартов психо-социального обеспечения. Финансирование осуществляется исключительно в соответствии с основными положениями § 39 Федерального закона о социальной помощи, причем в отдельных землях имеются еще и дополнительные правовые положения (в Берлине в таком финансировании принимают участие больничные кассы). В земле Гессен, например, социальное обслуживание осуществляется только в отношении одиноких больных, что подкрепляется соответствующими директивами.

Закон о социальной помощи не только предусматривает индивидуальное субсидирование, но в § 10 постулирует и порядок субсидирования. Кроме предусмотренной в § 10 обязательной программы для сотрудничества с носителями свободной благотворительной помощи, существует также положение о том, что *носитель социальной помощи может предпринимать собственные усилия*, направленные на индивидуальное обслуживание, если благотворительная помощь прекращена (§§ 93–95 BSHG). Это тем более важно, что каждый гражданин, в меру своих возможностей, основываясь на связи с социальной службой, может заниматься работой в общежитиях, обществах для совместного проживания, трудовых мастерских и местах дневного проживания лиц, потерпевших ущерб от болезни. Предпосылкой для такой работы является подтверждение потребности в оказании социальной помощи в данном регионе, получить которое не представляется затруднительным. Новые заявки на обслуживание финансируются из того минимума средств, которыми располагают социальные службы сверх своих основных возможностей.

Амбулаторную социальную помощь в принципе осуществляют местные социальные работники. В области психиатрии это особенно важно, например, для организации клубов пациентов для активизации их деятельности в период свободного времяпрепровождения, а также при оказании минимально необходимой помощи для ухода за жильем, что способствует возрождению старых форм семейных помощников. Такая форма социальной помощи может быть привлекательна для тех местностей, где потребности социальной службы окончательно не определены и должны, по крайней мере в минимальном размере, планироваться на будущее с помощью зарегистрированных заявлений на те или иные формы обслуживания. Помощь, оказываемая другими платными работниками, должна в случае необходимости опосредоваться через социальную службу при условии ознакомления нуждающихся в помощи и их родственников с правовыми нормами.

Законодатель в настоящее время принимает меры для объединения разрозненных законов о социальной помощи и социальном праве в Книгу социальных законов (SGB). Первые тома уже изданы. Проект такой книги ограничивается изданием систематизированного свода действующих законов. До достижения этой цели мы должны из общего собрания законоположений выделить те социальные законы, которые уже приобрели свое значение, перенесены в психиатрическую практику и применимы для обслуживания психически больных.

Вместе с законом о структурной реформе здравоохранения этот изложенный в пяти томах свод социальных законов (SGB-V) сменит действующие уже в течение 100 лет правила государственного страхования.

Другие законы

Кроме федерального закона о социальной помощи (BSHG), для реабилитации психически больных особую важность имеют следующие законы:

— Закон о тяжелых нарушениях здоровья (Schwerbehindertengesetz, 1974, 1979);

- Закон о реабилитационном выравнивании (= закон о гармонизации; *Rehabilitationsangleichungsgesetz = Harmonisierungsgesetz*, 1974);
- Закон о содействии в трудоустройстве (*Arbeitsförderungsgesetz, AFG*, 1969, 1981);
- Закон о социальном страховании инвалидов (1975);
- Закон о структурной реформе в здравоохранении (*SGB-V*, 1988).

Закон о тяжелых нарушениях здоровья (SchwBG, 1974, 1986)

Для лиц с тяжелыми последствиями повреждений здоровья имеется ряд льгот, которые предоставляются налоговым законодательством. На больных с тяжелыми нарушениями здоровья распространяются реабилитационные мероприятия во всех областях, для того чтобы они могли достичь максимального при данном поражении успеха. Эти усилия не зависят от причины поражения. В соответствии с § 1 этого закона, каждому, в том числе и иностранному наемному рабочему, оказывается поддержка, если его работоспособность не превышает 50 % (в некоторых случаях — 30 %). При минимальной трудоспособности в соответствии с § 3 Закона о тяжелых нарушениях здоровья (*SchwBG*) устанавливается система обслуживания, не имеющая специальных ограничений, касающихся душевнобольных.

Несмотря на то что закон предписывает для всех типов предприятий, в том числе и находящихся под общественным управлением, имеющих свыше 16 рабочих мест, 6 % рабочих мест предоставлять лицам с тяжелыми последствиями повреждений здоровья, эта группа граждан в первую очередь становится жертвой конъюнктурной и структуральной безработицы. К тому же лица с тяжелыми нарушениями нуждаются в защите от увольнения с работы (путем создания пунктов помощи, государственной системы социальных работников, обслуживающих жертв войны и т. д.). В случае увольнения под давлением обстоятельств лица с тяжелыми нарушениями могут руководствоваться двумя типами защиты. При увольнении они должны обращаться с жалобами на несоблюдение Закона о содействии в трудоустройстве, а при необходимости получения необходимой помощи — к административным органам. Социальные суды компетентны решать споры, связанные с жалобами на качество обслуживания лиц с последствиями повреждений здоровья.

Производства, которые в соответствии с законом обязаны использовать труд лиц с тяжелыми нарушениями здоровья, могут «откупиться» от этой обязанности, применяя методы так называемого социального выравнивания. Перечисления (150 DM за одно рабочее место в месяц) имеют целевое назначение — создание трудовых мастерских для лиц с последствиями повреждений здоровья. Трудовым мастерским для инвалидов по взаимному согласию между Федеральным управлением по труду и Государственной социальной службой, чьи интересы представляют посреднические фирмы, могут быть предоставлены льготы в виде 30 % от многочисленных перечислений, направленных на социальное выравнивание.

Закон о тяжелых последствиях повреждений здоровья (*SchwBG*) в 1986 г. был обновлен. Используя систему основных пунктов обслуживания как необходимый инструмент в руках социальной службы, лица с последствиями тяжелых поражений здоровья могут добиться больших, чем раньше, льгот, например при оплате труда за заказанную работу или в получении поддержки от так называемых фирм самопомощи. В § 31 Закона описаны задачи основных пунктов обслуживания. Особое значение для больных с психическими нарушениями имеет принятое новое положение о сопровождающей помощи в трудовой и профессиональной жизни, которое включает

также при определенных обстоятельствах и необходимое индивидуальное психо-социальное обслуживание. Основные пункты обслуживания могут при выполнении этих задач психо-социальной службы использовать свободные общественнополезные институты. Более подробные сведения об этих и других практических видах помощи можно получить в принятом в 1988 г. Положении о новом порядке социального выравнивания.

Закон о реабилитационном выравнивании (гармонизации)
(*Rehabilitationsangleichungsgesetz = Harmonisierungsgesetz*)

Разветвленная система социального права и связанный с ней порядок реабилитационных предписаний для социальных работников на протяжении времени стали необъятными и понятными только для специалистов. Это вызвало потребность в издании в 1974 г. Закона о реабилитационном выравнивании, который внес в эту систему существенные изменения.

В настоящее время принято, что страховые работники могут заменять друг друга, т. е. в случае, если действия страхового работника в данном случае оказываются недостаточно компетентными, возможна его замена. Следует также принимать меры для того, чтобы не затягивать проведение мероприятий, связанных с оказанием социальной помощи. В том же законе устанавливается, что страхователь, в чью компетенцию не входят реабилитационные мероприятия (больничные кассы), должен финансировать реабилитационные мероприятия. В первый раз за всю историю немецкого социального законодательства понятие болезни как условия предоставления обеспечения из больничных касс удалось расширить, введя понятие «инвалидности», или тяжелого нарушения здоровья. Страховые кассы, таким образом, становятся потенциальными центрами социальной помощи — такой шанс по финансовым соображениям практически не используется. В любом случае, реабилитация потерпевших ущерб от болезни имеет преимущество перед их пенсионированием.

Разветвленная сеть помощи для потерпевших ущерб от болезни в соответствии с Федеральным законом о социальной помощи (BSHG) еще находится за пределами действия Закона о реабилитационном выравнивании. Такие тенденции к разъединению внушают серьезные опасения и требуют усилий для совместного действия этих положений. Тем не менее, свыше половины лиц, потерпевших ущерб от болезни, в связи с тяжестью их расстройств не могут выполнять страховые обязанности и вследствие этого исключаются из поля действия Закона о социальном выравнивании.

Закон о социальном страховании для потерпевших ущерб от болезни
(*SVGB, 1975*)

Круг застрахованных в рамках страхования болезни состоит из тех, кто подвергся обязательному страхованию, лиц, добровольно застрахованных и добровольно желающих продолжить добровольное страхование. Обязательное страхование проводится, в первую очередь, всем рабочим и служащим до достижения ими границ трудоспособного возраста. В 1975 г. было введено обязательное страхование тех потерпевших ущерб от болезни, которые заняты работой в специальных трудовых мастерских, приютах или других аналогичных учреждениях. Последние служат не только для занятости, но и приносят в жизнь потерпевшего ущерб от болезни регулярный труд, оплата которого составляет 1/5 часть зарплаты при полной трудоспособности. Этот закон поддерживает как тех, кто вследствие тяжести своей болезни не может выполнять требуемую «пятую часть работы», так и тех, кто вследствие отсутствия мест

в трудовых мастерских не имеет возможности получить работу, и помогает им подтвердить свои трудовые возможности на специализированном рынке труда.

*Закон о содействии в трудоустройстве
(AFG, 1969, 1981, 1988, во взаимосвязи с Законом
о реформе здравоохранения, GRG)*

Вступивший в силу в 1969 г. и обновленный в 1979 г. Закон о содействии в трудоустройстве (AFG) в § 2 части 4 требует применения мероприятий, которые способствуют профессиональному трудоустройству лиц с соматическими, психическими и душевными расстройствами. Оказание помощи лицам с психическими расстройствами, предусмотренное этим законом, равно как и Федеральным законом о социальной помощи (BSHG), является новшеством и отличается от предшествующих положений. Содействие это может быть институциональным и индивидуальным.

В рамках *институционального содействия* прежде всего предоставляются субсидии для создания систем профессионального образования, с помощью которых молодые умственно отсталые получают первоначальное образование, а взрослые с психическими нарушениями могут переквалифицироваться. Кроме того, субсидии предоставляются для создания мастерских для тех, кто вследствие ущерба от болезни не может принимать участие в общем рынке рабочих мест. Институциональное содействие может состоять в том, что федеральные учреждения для работы (Bundesanstalt für Arbeit, BA) создают так называемые защищенные рабочие места и частично финансируют их. Правда, такие предписания не опираются на правовые требования. По крайней мере, это право можно в рамках дозволенного использовать для пополнения домашнего бюджета.

Индивидуальное содействие в границах § 39 BSHG осуществляется только тогда, когда ожидается профессиональная адаптация. Сюда относится деятельность в трудовых мастерских для потерпевших ущерб от болезни, когда есть основания предполагать, что доход, получаемый от работы в них, ниже уровня, необходимого для поддержания домашнего хозяйства, соответствующего § 22 BSHG.

Эти положения касаются поддержки Законом о содействии в трудоустройстве большей части психически больных, так как вполне очевидно, что защищенные рабочие места для них не всегда имеются в наличии.

AFG предполагает также, что работодатель в течение ограниченного времени (полгода) выплачивает потерпевшим ущерб от болезни так называемые субсидии для введения в курс данной профессии. В качестве стимула для пробного трудоустройства потерпевших ущерб от болезни выступает компенсация ущерба от возможных потерь и снижения способности удержаться на данном рабочем месте. Для современного положения на рынке труда это не имеет большого практического значения.

Изданное в 1975 г. положение о трудовой и профессиональной поддержке потерпевших ущерб от болезни (A-Reha) находит детальное применение в профессиональной реабилитации и имеет большое значение в каждом конкретном случае.

В общей сложности значение Закона о содействии в трудоустройстве для реабилитации лиц, потерпевших ущерб от психического заболевания, незначительно. Успех в применении законодательства для этой группы больных зависит от усилий по централизованному профессиональному образованию и созданию защищенных рабочих мест, а также от выполнения требований социальной психиатрии о том, чтобы психически больные после реабилитации могли занимать свободные рабочие места, предоставлен-

ные рынком труда. На практике мастерские для лиц, потерпевших ущерб от болезни, часто закрываются. Это приводит к потере рабочих мест для потерпевших ущерб от болезни и уменьшению шансов на действенную трудовую и социальную адаптацию.

Закон о структурной реформе здравоохранения (Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen, SGB V, 1988)

С утверждением долго обсуждавшегося Закона о структурной реформе здравоохранения надежды на улучшение правового положения и возможностей для оказания помощи психически больным не подтвердились. К сожалению, вопреки основному действующему принципу снятия психо-социальных и временных ограничений для деятельности, являющемуся основой медицинской реабилитации, амбулаторной трудовой терапии и помощи больным на дому, психически больные с самого начала исключены из сферы действия этого принципа. С точки зрения прогресса в отношении психо-социального обслуживания (в котором большое значение имеет нагрузка, связанная с оказанием социальной помощи), психически больные значительно обделены по сравнению с соматически больными, и это различие усугубляется.

Обязанности трудовых инструкторов по консультированию

Если раньше трудовые инструкторы давали *единичные советы*, то теперь закон обязывает их консультировать каждого в его персональной ситуации и в поисках соответствующих выходов из этой ситуации. Множество подходов к этой проблеме могут дать основания трудовому инструктору для уклонения от оказания консультативной помощи потерпевшему от болезни. Однако трудовой инструктор должен найти особое время для консультаций в тех случаях, когда низкие доходы и атмосфера раздражения создают ситуацию, которую сами потерпевшие ущерб от болезни не могут разрешить в соответствии со своими требованиями и имеющимися предложениями. Многие потерпевшие от болезни вследствие некомпетентности или других причин не могут даже правильно сформулировать свои требования. Инструктор, который дает советы, не имеет права упрощать эти проблемы, потерпевшие же ущерб, в свою очередь, не имеют права на письменное подтверждение данных им советов. На этом основании закон находил ограниченное применение, и пострадавшие от болезни не могли в полной мере использовать свои права. С 1981 г. начал действовать *Закон об оказании консультативной помощи*, в соответствии с которым сограждане с социальным снижением имеют возможность получать бесплатные консультации от адвокатов в следующих областях: социальная помощь, административное право, гражданское право, конституционные права, уголовное и процессуальное законодательство. Такое консультирование организуют судебные работники в зависимости от потребностей в юридических консультациях. Такое же бесплатное консультирование может проводиться непосредственно адвокатом при возникновении необходимости. Оба вида консультирования существуют на практике, но из-за некомпетентности и стыдливости тех, кто в нем нуждается, используются мало. Ближайший справочный пункт для получения консультаций, организованный федеральным обществом по трудоустройству «Помощь потерпевшим ущерб от болезни», расположен по адресу: Kirchfeldstr. 149, 4000, Dusseldorf 1.

В целом можно констатировать, что на протяжении последних двух десятилетий правовое положение психически больных улучшилось. Однако до сих пор психичес-

ки больные пациенты не уравниены в правах с больными соматическими заболеваниями, о чем, в частности, свидетельствует то, что психиатрические клиники до последнего времени отделены от общесоматических больниц, что нежелательно. Психиатрическая реформа в этом отношении еще далека от своего завершения.

ЛИТЕРАТУРА

Bock Th., H. Weigand: Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie Verlag 1990.

Mrozynski P.: Rehabilitationsrecht. Beck, München 1979.

Schellhorn W., H. Jirasek, P. Seipp: BSHG. Kommentar zum Bundessozialhilfegesetz. 11. Aufl. Luchterhand, Neuwied 1984.

Thust W.: Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte. Bd. 103. Düsseldorf 1986.

Психиатрия и право

Психиатрическая экспертиза и лечение в соответствии с Законом об опеке и земельными законами о недобровольной госпитализации или психиатрическим законодательством федеративных земель (LUG/PsychKG)

Цель обучения

Общие знания в области взаимосвязи между психиатрией и правом, играющие роль в повседневной психиатрической практике. Углубленные знания в области Закона об опеке, особенно относительно экспертных вопросов, связанных с умением применять Закон об опеке и законодательство федеративных земель о недобровольной госпитализации.

Английская терминология
Law and Psychiatry

Общие аспекты

Врачи часто сетуют на бесконечную документацию — многочисленные юридические предписания по ведению больного. Для врачей-психиатров это приобретает особое значение.

Речь идет не только о социальных экспертизах или экспертизах, связанных со страховкой, например больничной или пенсионной страховке или страховке по несчастному случаю. От психиатра требуется большее. Он должен быть способен дать экспертную оценку по вопросам, не возникающим в других медицинских специаль-

В приложение 1 вошли главы из готовящегося 6-го издания книги на немецком языке. Они отражают изменения в немецком законодательстве, произошедшие с момента выхода предыдущего издания книги.

ностях. Например, только в психиатрии возможно при определенных правовых и медицинских условиях **принуждение к лечению против воли пациента**; к психиатру всегда обращаются в случае, если способность пациента к соблюдению правовых норм вызывает у юриста сомнение. Это относится также к вопросам, связанным с гражданским правом, прежде всего к способности совершать сделки, отдавать завещательное распоряжение, участвовать в процессе, управлять транспортными средствами и т. д., а также к способности нести уголовную ответственность. Последняя определяется юристами как вменяемость. Эта способность при совершении уголовно наказуемого деяния является основой для медико-психологического обоснования отмены наказания или существенного его смягчения.

В рамках данного учебного руководства мы можем лишь кратко изложить взаимосвязанные юридические и медицинские проблемы. Более подробные сведения могут быть получены в соответствующем учебнике по судебной психиатрии. Всеобщее значение имеет тот факт, что врач со своими специальными знаниями является лишь квалифицированным консультантом в правовых вопросах; в соответствии с немецким законодательством, судья является **«господином» в судебном процессе**. В соответствии с тем, что суд, в конечном счете, обязан установить, вменяемо или невменяемо данное лицо, врач обязан назвать соответствующие психопатологические ограничения, обосновав свое мнение перед судом. Это значит, что врач, предоставляя суду свои определения и соображения, должен делать это так, чтобы они были юридически понятны и логичны и подлежали юридической оценке. К этому же относится и вопрос исключительно осторожного использования специальной терминологии и преимущественное употребление врачом общепринятых выражений.

Ни в коем случае не достаточно ограничиться только установлением психиатрического диагноза, переложив все остальное на суд. Напротив, решающее значение имеет квантификация психопатологических феноменов с учетом того, какую нагрузку они несут по своим правовым последствиям. С этого момента юрист может делать какие-либо выводы.

Врач всего лишь квалифицированный советник (консультант) суда, судья всегда сам является «господином» судебного процесса.

Психически больные в нашей правовой системе пользуются особенной защитой. Это относится в равной мере как к уголовной, так и к гражданской ответственности. Лишь в социальном праве, особенно в той его части, которая касается специфики помощи психически больным и лицам с психическими недостатками, до сих пор имеются некоторые проблемы. Требования психиатров и родственников психически больных относительно необходимости правового равноправия психически больных и больных соматическими заболеваниями до сих пор не выполнены.

Повседневная работа психиатров в клиниках и практикующих частных психиатров не так часто связана с решением экспертных вопросов, как с правовыми проблемами, имеющими отношение к **Законоу об опеке** и специфичному для данной земли **Законоу о недобровольной (принудительной) госпитализации**. Поэтому рассмотрим вначале вопросы, связанные с этими проблемами.

Оба закона предоставляют возможность при психозах и других тяжелых психических расстройствах в исключительных случаях госпитализировать нуждающихся в лечении и некритичных к своему состоянию пациентов вопреки их воле в том случае, если иным способом нельзя предотвратить существенный вред, который они могут причинить себе и/или посторонним.

Экспертиза и лечение в соответствии с правом на социальную помощь

(§ 1896 Гражданского кодекса, *Bürgerliches Gesetzbuch, BGB*)

1 января 1992 г. вступил в силу Закон об опеке, который отменил действовавшие на протяжении последних 100 лет законоположения, касающиеся волеизъявления и волераспоряжения, права на опеку и уход. С этого времени никто больше не может быть взят под опеку. В соответствии с прежним законом опекаемое лицо не могло участвовать в выборах, отдавать завещательное распоряжение. Если лицо признавалось недееспособным вследствие душевного заболевания, то оно не могло вступать в брачные отношения или заключать правовые соглашения (сделки). Лишение гражданских прав, а не оказание помощи стояло на первом плане. Кроме того, опека и уход часто назначались пожизненно, что предполагало постоянный контроль за действиями подопечных. Психически ущербные в большинстве случаев обслуживались профессиональными опекунами, многие из которых несли обязанности по обеспечению более 100 случаев. Какой-либо персональный подход к больному при таких обстоятельствах вряд ли был возможен.

Новый Закон об опеке в противоположность прежнему недвусмысленно основан на приоритете помощи лицам с психическими недостатками, которым суд должен гарантировать назначение персонального куратора. Поскольку новый закон предусматривает индивидуальную потребность в помощи, при определении объема задач и работы куратора приобретают особое значение остаточные способности (и возможности) лица с психическим ущербом.

Это значит, что необходимо постоянно контролировать, для каких областей жизни больного куратор вообще необходим, и установить способности пациента к самопомощи в других областях, в которых, по мнению куратора, можно обойтись без его участия. Именно для старых людей поддержка со стороны членов семьи, родственников, знакомых или социальной службы предпочтительнее назначения куратора. Важным является также и то обстоятельство, что новое законодательство об опеке отделяет вопросы о способности совершать сделки от вопросов о потребности в обслуживании, что дает возможность лицам, находящимся под опекой, не являться недееспособными даже тогда, когда опека назначена вопреки их воле. Наличие куратора не лишает больного, находящегося под опекой, возможности участвовать в решении важных для него вопросов. Это относится и к медицинским мероприятиям в той степени, в которой пациенты в состоянии понять и определить размеры и последствия медицинского вмешательства и способны делать самостоятельные выводы. При неспособности психически ущербного человека принять соответствующее решение куратор может принимать участие в его решениях на правах законного представителя. В тех случаях, когда диагностические или терапевтические мероприятия связаны с опасностью причинения тяжелого вреда здоровью душевнобольного, решение об этом и разрешение на их проведение должен дать суд по опеке. Только тогда, когда отсрочка неотложных мероприятий связана с непосредственной острой угрозой для здоровья пациента, можно отказаться от первоначального согласия судьи.

Два важных обстоятельства имеют решающее значение в повседневной психиатрической практике при реализации права на психиатрическую помощь.

1. Несмотря на то что назначение куратора не означает лишения прав пациента, так как кураторство само по себе не означает недееспособности, куратор в то же время имеет возможность защитить лицо, которое он обеспечивает, от неразумного

причинения себе ущерба. Судья всегда может предписать так называемое «согласие с оговоркой», когда возникает серьезная угроза того, что обеспечиваемое лицо может нанести вред себе самому или своему имуществу. Тогда больной зависит от согласия своего куратора. Без такого согласия заявления психически больного недействительны.

Подобные предписания судьи могут служить существенной защитой, в основном в контексте аффективных психозов (мания), тяжелых форм заболеваний, связанных с зависимостью (например, корсаковский синдром) или начальных симптомов возрастных дементных состояний.

2. Отдельное решение судьи по опеке всегда необходимо, когда требуется проведение мероприятий, связанных с лишением свободы. В соответствии с гражданским правом (§ 1906 Гражданского кодекса, BGB), это осуществляется только при угрозе самому себе и при проведении врачебного вмешательства, поскольку необходимость госпитализации не осознается или для этого у пациента не хватает понимания. Для защиты посторонних (в случае угрозы для жизни окружающих) эта мера недопустима. На эти случаи распространяются соответствующие общеправовые нормы или законы, регулирующие порядок лишения свободы в данной земле, причем, в отличие от регулируемого законодательством федеративных земель процессуального права, законодательство о социальной помощи является унифицированным. Действуя квалифицированно и независимо как в рамках гражданско-правовых мероприятий по опеке, так и в соответствии с общественно-правовыми действиями полиции или службы порядка на местах, ответственные за госпитализацию лица следуют предписаниям специализированных судов первой инстанции по опеке или отделов судов по опеке.

До назначения социальной защиты и социальной помощи в соответствии с законом судья лично заслушивает обеспечиваемое лицо, если возможно, то в домашней обстановке.

Назначение куратора, так же как и предписание о согласии с оговоркой, основывается на обязательной предварительной психиатрической экспертизе.

В повседневной практике чаще всего принято вынесение судом «временного предписания». Это означает, что вначале куратор назначается предварительно, и так же предварительно выражается согласие с оговоркой. Временное предписание ограничивается шестью месяцами и может быть продлено до одного года. Вместо обстоятельной психиатрической экспертизы достаточно в данном случае короткого, сжатого медицинского заключения, которое должно содержать информацию о важнейших аспектах заболевания и его влиянии на поступки больного. Ниже представлены апробированные положения, которыми руководствуется врач.

Образец ходатайства психиатрической клиники о временном разрешении на госпитализацию в соответствии с гражданским законодательством (§§ 1896, 1906 BGB)

В специализированный суд по опеке

**Ходатайство о санкции на госпитализацию
в закрытое психиатрическое учреждение**

1. Сведения о личности лица с психическими нарушениями (расстройствами). Обстоятельства, связанные с госпитализацией.
2. Данные психопатологического исследования.

3. Обоснование необходимости срочной госпитализации вопреки воле лица с психическими нарушениями (расстройствами).
4. Краткие указания о предусмотренном лечении.
5. Обоснование того, почему назначен данный вид опекуна (круг обязанностей опекуна). Опекун может иметь различные типы обязанностей:
 - а) решение вопросов о недобровольной госпитализации и месте проживания;
 - б) решение вопросов, связанных с состоянием здоровья;
 - в) решение вопросов, связанных с денежными проблемами больного (долги, трата им денег);
 - г) решение вопросов, связанных с перепиской с чиновниками, и т. д.

В соответствии с § 1896 BGB (Гражданского кодекса), временный куратор имеет право определять место пребывания больного, т. е. настаивать на его госпитализации в психиатрической клинике в той степени, в какой это требует состояние больного. Если речь идет о недобровольной госпитализации и мероприятиях, связанных с ограничением свободы, то для этого требуется согласие суда по опеке (§ 1906 BGB).

В повседневной психиатрической практике право на опеку имеет преимущество по сравнению с законодательством о госпитализации, так как оно больше соответствует интересам пациента.

Госпитализация и лечение в соответствии с земельным психиатрическим законодательством (LUG's/PsychKG's)

В то время как недобровольная госпитализация, связанная с лишением свободы, в соответствии с Законом об опеке, проводится только «во благо» обеспечиваемого, законодательство федеральных земель, сверх того, регулирует недобровольную госпитализацию в психиатрической клинике для тех лиц, которые представляют опасность не только для себя самих, но и для посторонних. Условием для этого, само собой разумеется, как это изложено и в законодательстве об опеке, является то, что оно касается лиц с психическим заболеванием или страдающих другими болезненными психическими расстройствами, которые представляют опасность, если другим образом эту опасность нельзя предотвратить.

Неотложная госпитализация проводится в случае крайней необходимости в соответствии с разрешением органов власти о наличии острой опасности. Как правило, речь идет о действиях полиции и органов правопорядка. В некоторых землях действуют, однако, отличающиеся от этого правила, предусматривающие участие врача.

Чаше всего в данном случае действует трехступенчатая процедура.

1. **Полиция** предпринимает меры для помещения в близлежащую психиатрическую больницу или психиатрическое отделение общей больницы при подозрении, что психически больной представляет опасность для себя самого и/или посторонних лиц.

2. **Дежурный врач** в письменном виде (!) высказывает свое мнение о том, является ли доставленное лицо психически больным или страдающим психическим расстройством и оправдана ли **немедленная госпитализация** соответствующими положениями земельного психиатрического законодательства (LUG/PsychKG).

3. Не позднее чем в течение следующего дня мероприятия, связанные с лишением свободы, **разрешаются (санкционируются) судьей**, специализирующимся на вопросах опеки, который разрешает также и вопрос о продлении госпитализации.

Рекомендуется также, чтобы суд немедленно, по телефону или факсом, не позднее полудня следующего дня был информирован полицией или местными органами власти о пациенте, к которому были применены насильственные меры, и о том, что этот пациент в течение 24 часов может быть персонально заслушан судьей.

Госпитализированный имеет право немедленно направить жалобу на недобровольную госпитализацию в компетентный земельный суд.

Медикаментозная терапия вопреки желанию госпитализированного допустима на таких же основаниях, как и временная механическая фиксация пациента. Продолжительное фиксирование, так же как и назначение длительной терапии депо-нейролептиками вопреки желанию пациента, также может быть рекомендовано с согласия суда по соответствующему запросу. Требуется ли такая процедура при электросудорожной терапии или лечении клозепином (лепонексом), до сих пор остается спорным вопросом.

Врачебное мнение о необходимости неотложной недобровольной госпитализации должно быть составлено в течение одного дня по следующему образцу.

**Заявление о неотложной госпитализации в соответствии
с земельным психиатрическим законодательством (LUG/PsychKG)**

Господин/госпожа _____ г. рожд., прож. _____, психиатрически освидетельствован мною _____ г. Он был доставлен полицией в местную психиатрическую больницу насильственным образом после того, как запустил свое жилище, разрушил обстановку в квартире и, наконец, угрожал своей жене и ребенку ножом. Из данного обследования следует, что он убежден в том, что жена хочет его отравить. К тому же он высказывал предположение о том, что не является отцом обоих своих детей, шести и восьми лет, в связи с чем он «должен их устранить». Из телефонных переговоров с женой следует, что ее муж до последнего времени не обнаруживал отклонений в психике и регулярно ходил на работу (он был токарем на машиностроительном заводе). В течение последней недели он страдал выраженными нарушениями сна, в связи с чем перестал ходить на работу, и вел себя странно.

Господин _____ психически болен (вероятно, бредовыми расстройствами) и нуждается в лечении. Он болезненно неразумен и опасен для окружающих. Медицинские основания для его госпитализации в психиатрическую клинику, несомненно, соответствуют Закону о психиатрической помощи (PsychKG). Неотложная госпитализация и лечение в стационарных условиях необходимы, так как им нельзя противопоставить какие-либо альтернативные лечебные мероприятия, например амбулаторное лечение.

Врач-психиатр стационара

ЛИТЕРАТУРА

- Das neue Betreuungsrecht BMJ, 53170 Bonn (1995); dort kostenlos beziehbar.
Saage E., H. Göppinger, R. Marschner: Freiheitsentziehung und Unterbringung. Beck'sche Kurzkommentare Bd. 32, München 1994.
Venzlaff U., K. Foerster (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung, 2. Aufl. Fischer-Verlag, Stuttgart 1994.

Комментарий

1. Сведения о вступившем в силу в 1992 г. Законе о социальной помощи доведены до каждого врача. Для этого федеральным министерством юстиции (BMJ) было принято важное решение о бесплатном распространении брошюры с текстом этого закона.

2. Юридический комментарий Saage и др. представляет широкий обзор вопросов, касающихся Закона о социальной помощи и земельных законов, связанных с недобровольной госпитализацией

3. В изданной книге «Психиатрическая экспертиза» Venzlaff und Foerster содержатся современные стандарты психиатрической экспертизы, необходимые для профессионального совершенствования каждого практикующего врача.

Вопросы к разделу

1. *В каких областях права психиатр особенно часто проводит психиатрическую экспертизу?*

- 1) Право на недобровольную госпитализацию;
- 2) гражданское право;
- 3) уголовное право.

2. *Какие типичные вопросы и положения вытекают из права на недобровольную госпитализацию?*

Для недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу и лечения психически больных требуются психологические предпосылки. Таковыми являются опасность для себя и/или окружающих, обусловленная психическим расстройством.

3. *Чем отличается Закон об опеке от Закона о госпитализации в той его части, которая касается недобровольной госпитализации?*

Закон о социальной помощи, вступивший в силу с 1.01.1992 г., отделяет старое право на опеку от права на новую опеку. С этого времени никто больше не может быть лишен дееспособности, какие бы для этого ни были основания. Недобровольная госпитализация и лечение, согласно Закону об опеке, возможны только «во благо обеспечиваемого», как вследствие «опасности для себя самого», так и «для проведения медицинских мероприятий». При опасности для окружающих вступают в силу земельные законы о недобровольной госпитализации.

4. *Что подразумевается под положением закона о «согласии с оговоркой»?*

Суд может рекомендовать согласие с оговоркой (EV), когда возникает существенная угроза того, что обеспечиваемый может быть опасным для себя самого или его психическое состояние может угрожать его материальному существованию. В этом случае без согласия назначенного судом куратора волеизъявление больного невозможно.

5. *Что подразумевается под «неотложной госпитализацией»?*

Неотложная госпитализация проводится в крайнем случае соответственно с законодательством федеративных земель о психически больных (LUG/PsychKG) по разрешению компетентного органа власти при наличии острой опасности, когда, например, психически больной может быть помещен в психиатрическую больницу без санкции судьи. В течение 24 часов судья, после персонального собеседования с пациентом, в зависимости от обстоятельств, выносит решение о продлении госпитализации.

Психиатрическая экспертиза в уголовном праве, включая порядок недобровольной госпитализации и исполнения принудительного лечения

Цель обучения

Ориентировочные знания о задачах медицинских экспертов при постановке судом простых вопросов, имеющих отношение к уголовному праву, а также знания об условиях недобровольной госпитализации и порядке исполнения решений о принудительном лечении.

Английская терминология

Medico-legal reports

Secure psychiatric unit

Не только при различных процессах, связанных с убийством и причинением опасных для жизни повреждений, но и при так называемом воровстве с полей, лугов и лесов, воровстве из магазинов и мошенничестве у суда, прокуратуры и защиты всегда возникает вопрос, был ли преступник при совершении уголовного деяния в здравом уме, или, по терминологии юристов, **вменяемым**. На самом деле, при тяжелых психических заболеваниях вменяемость могла либо отсутствовать, либо уменьшиться. Здесь употребляется прошедшее время, так как психиатр должен ответить на вопрос, каково было состояние подэкспертного в момент совершения данного деяния. С психолого-психиатрической точки зрения в этой связи требуется **реконструировать состояние личности** подэкспертного в момент совершения деяния и вероятностно оценить наличие у него таких психических нарушений, которые могли бы определить совершение им уголовного деяния. Такая оценка достаточно проста при острых психотических состояниях, тогда как при воздействии алкоголя и наркотических веществ, а также при других, не бросающихся в глаза, психических нарушениях она всегда проблематична.

Особенно трудна оценка действий в состоянии аффекта, приведших к смертельному исходу, когда со смертью жертвы исчезает единственный свидетель преступления.

Законные основания

Законные основания для суждения о вменяемости содержатся в §§ 20 и 21 Уголовного кодекса (StBG). Каждое экспертное заключение должно соотноситься с этими положениями.

Невменяемость вследствие душевного расстройства

§ 20 Уголовного кодекса гласит:

«Вина не может быть вменена, если в период совершения деяния из-за болезненного душевного расстройства, наступившего вследствие глубокого нарушения сознания, либо слабоумия, либо другого психического заболевания делается невозможным осознание несправедливости или неправомерности данного деяния».

Уменьшенная вменяемость

§ 21 Уголовного кодекса гласит:

«Способность преступника осознавать неправоту своего деяния или руководить своими действиями, существенно уменьшающая положения, изложенные в § 20 Уго-

ловного кодекса, может привести к смягчению наказания в соответствии с § 49 абзац 1 Уголовного кодекса».

Двухступенчатый процесс

Эксперт руководствуется **двухступенчатым методом**:

1) Установление наличия одного из четырех **«диагностических признаков»**, содержащихся в § 20 Уголовного кодекса, а именно:

- болезненное душевное расстройство;
- глубокая степень нарушений сознания;
- слабоумие;
- другие тяжелые психические отклонения.

2) В отношении момента правонарушения — установление, была ли способность подэкспертного к пониманию или управлению своими действиями существенно уменьшенной (§ 21 УК) или отсутствовала (§ 20 УК), — **психологический метод**.

Четыре вводных признака

Решающее значение при экскульпации или декульпации (установлении уменьшенной вменяемости) имеет не психиатрический диагноз, установление определенного заболевания или определенных психических расстройств, но, в первую очередь, влияние этих расстройств на способность к пониманию и руководству своими действиями. Разумеется, принимается во внимание то обстоятельство, что способность к пониманию и руководству своими действиями может отсутствовать или быть ограниченной только тогда, когда определенные психические заболевания или **расстройства выражаются четырьмя вводными признаками**. В качестве одного из вводных признаков эксперт всегда должен располагать клинико-психиатрическим или психологическим диагнозом.

Тесная взаимосвязь психиатрического и психологического методов гарантирует, с одной стороны, что психиатрические или соматические основания не переоцениваются, а с другой, что одни лишь психолого-ситуативные обстоятельства без связи с диагностическими критериями не имеют значения.

Решающим для суждения о вменяемости является не психиатрический диагноз, а способность к пониманию и руководству своими действиями в период правонарушения.

Болезненные душевные расстройства

К ним относятся:

- соматически обусловленные экзогенные психозы;
- эндогенные психозы, т. е. аффективные психозы и шизофрении;
- дегенеративные заболевания мозга;
- эпилептические заболевания;
- соматические зависимости;
- конкретные генетические и связанные с органическим поражением мозга заболевания (монголоидизм, олигофрения, ранние детские мозговые поражения, синдром Клайнфельдера и др.).

Глубокие степени нарушения сознания

Этот признак подразумевает изменения сознания, которые могут наступать у людей, в остальном психически здоровых. Речь идет, как правило, о высокой степени

аффективных состояний, в период которых подэкспертный не является более хозяином своих чувств. «Глубокая степень» исключает «длительные разрядки гнева».

Слабоумие

Сюда включены все расстройства интеллекта, органические причины которых недоказуемы. Оценка этих расстройств предполагает интеллектуальный индекс ниже 80 IQ, при этом важное значение имеет личность преступника и ее социализация.

Другие разновидности тяжелых психических отклонений

Под этим сложным понятием подразумеваются все формы неврозов и личностных расстройств, включая нарушения сексуальных инстинктов, а также хронические зависимости и нарушения влечений. При этом прилагательное «тяжелый» предполагает, что другие (не тяжелые) невротические расстройства и нарушения влечений не приводят к экскульпации или уменьшенной вменяемости.

В то время как установление психиатрического диагноза в соответствии с признаками, изложенными в § 20 Уголовного кодекса, для опытного эксперта не представляет трудностей, содержание второй ступени экспертной оценки вменяемости содержит в себе нормативные шаги. Здесь нужно исходить из психического состояния конкретной личности в конкретной ситуации. Это является вопросом, подлежащим судебной оценке. Задачей психиатрического эксперта является, прежде всего, изложение суду психического состояния, личностной структуры и ее динамики у правонарушителя, а также ситуации при совершении деяния, опираясь при этом на свой клинический опыт в общении с психически больными и определение степени отклонений от психической нормы у данного правонарушителя. Одновременно эксперт должен представить анализ биологических и биографо-глубиннопсихологических обстоятельств развития личности правонарушителя, принимая во внимание его ситуативное окружение, и определить степень недостаточности (ущербности) его волевых способностей.

При действиях шизофреников под влиянием «императивных голосов» все это легко установить. Большинство случаев, однако, представляется значительно более сложными. В связи с этим вряд ли следует применять категорические формулировки, касающиеся вопросов невменяемости или уменьшенной вменяемости. В каждом конкретном случае это требует новой оценки и нового обоснования.

Эти соображения действительны также при уголовных деяниях под влиянием алкоголя или наркотиков. Даже в этих случаях уголовная оценка не должна быть схематичной и исходить только из данных содержания алкоголя в крови (Blutalkoholkonzentrationen, BAK). Решающим является психопатологическое медицинское заключение относительно периода правонарушения. Как правило, при содержании алкоголя в крови свыше 2 промилле ставится вопрос об уменьшенной вменяемости, а при 3–3,5 промилле — о невменяемости.

Экспертиза уголовных деяний в подростковом возрасте

В большинстве цивилизованных стран в XX столетии устанавливается отдельная уголовная ответственность взрослых и подростков. Это основано на том, что деликventное поведение подростков требует, в первую очередь, не столько наказания,

сколько оказания помощи правонарушителям в виде определенных воспитательных мероприятий. В этом отношении юношеское уголовное право одновременно является правом на воспитание, наказание и заботу о личности. В юношеской психиатрии эксперт является не только специалистом-консультантом суда в отношении взаимосвязей психиатрических и психологических проблем подросткового возраста, но также и советником в отношении того, какая помощь нужна правонарушителю-подростку в каждом конкретном случае. Законные основания этого изложены в юношеском судебном законодательстве (JGG, Jugendgerichtsgezetz).

В основе юношеского уголовного законодательства лежит право на воспитание.

Возрастные группы

в юношеском судебном законодательстве (JGG)

Юношеское судебное законодательство различает три возрастные группы:

1. **Дети до 14 лет включительно.** Они в принципе не достигли возраста уголовной ответственности и потому не могут быть наказаны. При этом суд по опеке гласно устанавливает, существует ли потребность в воспитательных мерах.

2. **Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет.** Уголовная ответственность для них предусматривается не немедленно, но должна контролироваться и проверяться в соответствии с § 3 JGG.

§ 3 JGG гласит: «Подросток является уголовно ответственным, если во время совершения деяния он по своему нравственному и духовному развитию оказывается достаточно зрелым, чтобы понимать неправомерность своих действий и руководствоваться этим пониманием. Для воспитания недостаточно зрелого подростка судья может назначить те же меры, что и судья по опеке.

Суждение о зрелости связано как с биологическими, так и с психологическими критериями.

3. **Достигшие совершеннолетия, т. е. имеющие на момент деяния 18 лет, но не старше 21 года.** Они полностью наказуемы и ответственны. Разумеется, это должно контролироваться § 105 абзац 1 JGG, который определяет, применимо ли к данному правонарушителю уголовное право, касающееся взрослых, или юношеское законодательство. Последнее применимо, когда «из общих качеств личности правонарушителя, принимая во внимание также и условия окружающей среды, вытекает, что во время деяния его нравственное и духовное развитие оставалось на подростковом уровне» (§ 105 абзац 1 JGG).

Согласно марбургским рекомендациям, дающим основание для суждения о степени зрелости, юношеское уголовное право действует тогда, когда у правонарушителя наблюдается недостаточность следующих черт характера:

- способности к самостоятельным суждениям и решениям;
- способности рационально регулировать свои эмоциональные суждения;
- серьезного отношения к труду;
- определенной самостоятельности по отношению к другим людям;
- определенных жизненных планов.

Психиатрическая экспертиза подростков и достигших совершеннолетия основывается на развитии психологических и психопатологических знаний и на гибком применении юношеского уголовного права с использованием широкого спектра предупредительных мероприятий.

Недобровольная госпитализация в психиатрическую больницу (§ 63 Уголовного кодекса) или другое исправительное (связанное с лишением свободы) лечебное учреждение для больных с нарушением влечений

§ 63 Уголовного кодекса гласит:

«Совершившему противоправное действие в состоянии невменяемости (§ 20) или уменьшенной вменяемости (§ 21) судья назначает недобровольную госпитализацию в психиатрическую больницу, если из общего статуса правонарушителя и его деяния вытекает, что вследствие его состояния имеется существенная вероятность совершения им общественно-опасных действий и он поэтому представляет общественную опасность».

При осуществлении принудительной госпитализации либо в специализированную психиатрическую больницу, либо в специальное отделение психиатрического стационара в отношении данной личности принимается во внимание, признана ли эта личность судом невменяемой или уменьшенно вменяемой либо осуждена. Условием принудительной госпитализации является определенная продолжительность и неизменность психического состояния, вызвавшего такую меру. Длительность принудительной госпитализации не ограничена временными рамками, хотя и имеет отношение к тяжести деяния. Средняя продолжительность принудительной госпитализации в настоящее время составляет независимо от диагноза около четырех лет. Законодательно установленной целью принудительных мероприятий медицинского характера является минимизация риска противоправных действий в будущем. Пациенты, находящиеся на принудительном лечении, часто страдают не только от своего заболевания, но и от множества синдромов, которые лишь в единичных случаях связаны с психиатрическим диагнозом, но определяются социальным дефицитом и недостатком образования. Это существенно затрудняет терапию. Типичные, имеющие существенное отношение к лечению синдромы представлены в табл. 11.

Таблица 11. Имеющие значение для лечения синдромы и дефекты у пациентов, находящихся на принудительном лечении (по Nedopil)

Заболевание	Вторичные заболевания	Недостаточность образования	Социальный дефицит	Недостаток самоощущения и самоконтроля
Психозы Органические мозговые расстройства Сексуальные отклонения Личностные расстройства Олигофрении	Злоупотребление различными субстанциями Личностные расстройства Низкий интеллектуальный уровень Сексуальные отклонения	Окончание школы Завершение обучения Повышение квалификации	Самообеспечение Общение с окружающими Общение с официальными инстанциями Coping (преодоление трудностей) Стратегия Свободное времяпрепровождение	Импульсивность Зависимость Недостаток эмпатии Агрессивность Деградация поведения

Условия недобровольной госпитализации и принудительного лечения регулируются земельным законодательством. Соответственно, каждая земля имеет различные условия лечения, смягчения и освобождения от принудительного лечения.

Целью принудительных мер медицинского характера, кроме лечения, является уменьшение риска рецидивов.

§ 64 Уголовного кодекса гласит:

«1. Имеющим склонность к злоупотреблению алкоголем или другими одурманивающими средствами и совершившим вследствие этого противоправные действия в состоянии опьянения или под влиянием своей зависимости, осужденным или не осужденным из-за того, что оказались в состоянии невменяемости или она не была исключена, суд назначает недобровольную госпитализацию в исправительное учреждение, если существует опасность, что вследствие своей зависимости данное лицо может совершить противоправные действия.

2. Распоряжение о таком лечении не может состояться, если оно с самого начала представляется бесперспективным».

В отличие от § 63 Уголовного кодекса, госпитализация в исправительное учреждение не зависит от установленной в судебном порядке невменяемости или уменьшенной вменяемости. Лечение в таком учреждении ограничивается двумя годами.

Для подлежащих наказанию наркоманов в последние годы все большее значение имеет § 35 Закона об одурманивающих средствах (BtMG, Betäubungsmittelgesetz). Он гласит, в частности:

«Приговоренному за правонарушение к лишению свободы не более чем на 2 года... если установлено, что его правонарушение обусловлено зависимостью от одурманивающих средств, может быть судом... отсрочено наказание, если осужденный... соглашается на лечение».

Отсрочка наказания означает, что осужденный может быть освобожден из заключения в тот момент, когда он добивается получения места в соответствующем лечебном учреждении.

ЛИТЕРАТУРА

- Rasch W. (1983): Die Zurechnung der psychiatrisch-psychologischen Diagnosen zu den vier psychischen Merkmalen der §§ 20/21 StGB. Psychiatrische Praxis, S. 170 ff.
Nedopil N.: Forensische Psychiatrie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1996.

Комментарий

Монография Nedopil широко информирует о современном состоянии знаний в области судебной психиатрии. Она пригодна для систематического обучения в рамках специального повышения квалификации.

Краткая статья Rasch о §§ 20, 21 Уголовного кодекса сообщает о юридических и психиатрических понятиях вменяемости и их применении в легко воспринимаемой форме. Она применима как «вводный курс» в данную тематику.

Вопросы к разделу

1. Как называются четыре вводных признака, которые принимаются во внимание при определении возможной невменяемости или существенно уменьшенной вменяемости в соответствии с §§ 20, 21 Уголовного кодекса, которые служат для контроля в первую очередь?

Болезненные психические расстройства, глубокие степени нарушения сознания, слабоумие и другие тяжелые психические отклонения. Это юридические понятия, которые не имеют однозначного сопоставления с психиатрическим диагнозом.

2. Какие четыре признака с психиатрической точки зрения существуют для того, чтобы продолжить экспертную процедуру?

Эксперт должен проверить два аспекта: способность к пониманию и способность к руководству своими действиями в отношении существенного повреждения этих качеств у подэкспертного.

3. Является ли психиатрический диагноз, и при каких обстоятельствах, необходимым условием судебного установления невменяемости?

Нет. Это обусловлено не психиатрическим диагнозом, но психиатрически установленными расстройствами, которые существенно воздействуют на способность к пониманию и руководству своими действиями.

4. Что подразумевается под «глубокой степенью нарушения сознания»?

Это не означает нарушения сознания в медицинском понимании. Здесь подразумевается высокая степень аффективного исключительного состояния, которое может встречаться у здоровых людей. Характерной особенностью такой неглубокой степени нарушения сознания является непродолжительность связанных с гневом разрушительных действий.

5. Что подразумевается под понятием «недобровольная госпитализация» в соответствии с § 63 Уголовного кодекса?

Недобровольная госпитализация с применением психиатрических мероприятий применяется только в отношении таких лиц, которые судом признаны невменяемыми или уменьшенно вменяемыми и которые вследствие этого представляют опасность для окружающих. Принудительные мероприятия в равной степени служат для безопасности общества и для лечения правонарушителя. Они не имеют временных ограничений, но должны контролироваться через определенные, установленные судом промежутки времени.

Психиатрическая экспертиза в рамках гражданского и социального права

Цель обучения

Обзор круга вопросов в рамках гражданского права, в частности вопросов, касающихся способности совершать сделки, способности давать завещательное распоряжение, способности участвовать в процессе, общей и профессиональной трудоспособности, а также способности нести правовую ответственность. Знания в области транспортной психиатрии.

Английская терминология
Civil law,
Medico-legal report

Государственные правовые установления в гражданском процессе, имеющие важное значение для врача

Способность совершать сделки

Согласно вступившему в силу в 1992 г. законодательству об опеке (Betreuungsrechtes), в настоящее время более не принимаются решения о признании больных недееспособными.

собными. Поэтому в рамках гражданского процесса вопросы, задаваемые эксперту, относятся преимущественно к тем сторонам жизни, в которых больной или инвалид нуждаются в особой защите. Это особенно необходимо в связи с тем, что психическая несостоятельность больного может, в частности, проявиться при заключении трудовых сделок, требующих «свободного волеизъявления». При этом закон исходит из того, что каждый человек, достигший 18 лет, способен совершать сделку, если не доказано обратное. Дети до 7 лет не способны совершать сделки, а в возрасте от 7 лет до совершеннолетия — ограниченно способны к совершению сделок.

Важнейшее для эксперта-психиатра правило изложено в § 104 Nr 2 BGB. Оно гласит: «Неспособен совершать сделки:

(2) тот, кто находится в состоянии болезненного расстройства психической деятельности, исключающем свободное волеизъявление, при условии что это состояние не является временным (преходящим)».

В большинстве случаев речь идет о тяжелых органических заболеваниях, в частности о заболеваниях с явлениями слабоумия. Однако острые психотические состояния, и прежде всего маниакальное состояние, также могут быть поводом для постановки вопроса о неспособности совершать сделки. Здесь, так же как и при решении вопроса о вменяемости, играет роль степень выраженности психопатологической симптоматики. При этом ни в коем случае не имеются в виду **психодинамические** особенности взаимодействия между партнерами, участвующими в сделке. Речь идет только о том, было ли в данной конкретной ситуации проявлено свободное волеизъявление или нет. Если заявлено о неспособности больного к совершению сделки, то этот факт должен быть доказан. Даже очень высокая степень вероятности недостаточна в качестве доказательства.

Каждый взрослый способен совершать сделки, если не доказано обратное.

Способность отдавать завещательное распоряжение

Под способностью завещать (§ 2229 BGB) понимают способность осмыслить правовое значение завещания. Она является частным случаем способности к совершению сделки и всегда относится к моменту завещания. Способность к завещанию также предполагает свободное волеизъявление и может быть оспорена (признана недействительной) при тех же психопатологических расстройствах, которые являются критериями при установлении способности к совершению сделок в целом.

Экспертиза способности отдавать завещательное распоряжение особенно трудна потому, что в большинстве случаев завещание оспаривается только после смерти завещателя. Поэтому экспертные оценки вынуждены опираться на показания третьих лиц, которые могут иметь свои личные интересы в исходе судебного разбирательства. Даже нотариально оформленное завещание далеко не всегда может считаться безусловным, так как неверно информированный нотариус может предположить способность к завещательному распоряжению у завещателя, не обладающего этой способностью.

Вопросы к психиатру-эксперту для оценки способности пациента участвовать в процессе, его вменяемости, а также неспособности к заключению брака достаточно редки, так что не представляется возможным сослаться на специальную литературу в этой области.

Способность сделать завещательное распоряжение является частным случаем способности совершения сделки.

Правовые основы вопросов, касающихся обязательств и возмещения ущерба

Основой закона об обязательствах является § 823 BGB, первый абзац которого гласит:

«Тот, кто умышленно или по неосторожности наносит противоправный вред жизни, телу, здоровью, свободе, имуществу другого лица или нарушает иные его права, обязан возместить ущерб, причиненный этими действиями».

Экспертные вопросы касаются в первую очередь интересов пострадавшего (жертвы). Предстоит оценить, возможна ли **причинная связь** между нанесенным ущербом и функциональными психическими нарушениями. В отличие от социального права, где речь идет о «**существенных условиях**», в законе об обязательствах следует исходить из **теории адекватности**. Согласно этой теории, в качестве возможной причины могут быть приняты во внимание только такие обстоятельства нанесения ущерба, которые общепризнанно обладают **свойствами, «приносящими выгоду»**. При ответах на трудные вопросы о взаимозависимости можно с целью облегчения поставленной задачи использовать следующую схему оценок:

1. Объективная степень тяжести события и его последствий.
2. Субъективная степень тяжести события и его последствий.
3. Преморбидная структура личности лица, подлежащего освидетельствованию.
4. Возможность существования вторичных мотивов (так называемая вторичная выгода от болезни).

Психиатрически несовершенные термины, такие, как «рентный невроз», «невроз в результате несчастного случая», в настоящее время не используются, хотя в силу своей мнимой образности все еще играют определенную роль в дискуссиях юристов.

Законодательство об обязательствах основано на теории адекватности.

Важнейшие правовые установления в социальном праве

Психические и психовегетативные расстройства занимают третье место после заболеваний сердечно-сосудистой системы и дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата в ряду причин раннего назначения ренты по болезни. Медико-социальное значение этих случаев велико. Однако принятие решения о назначении ранней ренты базируется на выводах психиатрической экспертизы, которая не всегда дает однозначные, четкие, убедительные результаты. Поэтому нередко приходится сталкиваться с расхождениями в оценке степени тяжести заболевания и вследствие этого — с многолетними судебными тяжбами в специализированных судах по социальным вопросам. Следует добавить, что — и это не облегчает работу эксперта — вследствие правовой независимости отдельных страховых компаний, отвечающих за выплату ренты, на соответствующих территориях, относящихся к компетенции данного суда, частично используются разные определения понятия «**болезнь**», так что, например, страховая компания признает факт нетрудоспособности больного (в результате несчастного случая), в то время как профессиональный союз не усматривает причинной связи инвалидности с несчастным случаем, оспаривает ее и не выплачивает денег.

В практической деятельности принимают участие следующие **органы пенсионного обеспечения**, по заданию которых врач должен выступить в качестве эксперта:

- а) предусмотренное законом и частное страхование по случаю болезни;

- б) предусмотренное законом пенсионное страхование, в частности LVA и BfA;
- в) предусмотренное законом страхование от несчастного случая, например профессиональные объединения и общинные органы страхования от несчастного случая;
- г) органы социальной помощи, в компетенцию которых входит защита интересов жертв войн, лиц, заболевших вследствие обязательных прививок, жертв насилия, а также установление степени инвалидности (GdB) в соответствии с Законом о тяжелой степени инвалидности.

В спорных случаях, за исключением случаев неспособности к исполнению обязанностей государственной службы, в соответствии с Законом о государственной службе, решение принимается социальным судом, который поручает проведение экспертизы врачам-клиницистам. Это также относится к тем нередко возникающим спорам между ведомствами, осуществляющими выплаты, например при необходимости разграничения так называемых «случаев, нуждающихся в уходе» от «случаев, нуждающихся в лечении» (необходимость ухода в стационарных условиях).

Важнейшими понятиями в рамках социального права для эксперта являются следующие.

Профессиональная нетрудоспособность

Она определяется § 1246 RVO тогда, когда общая трудоспособность снижается не менее чем наполовину по сравнению с трудоспособностью здорового застрахованного, имеющего такое же образование и такие же познания. Потеря профессиональной трудоспособности является правовой предпосылкой для назначения пенсии по этому показателю страховщиком пенсионного обеспечения.

Общая нетрудоспособность

Она определяется § 1247 RVO, если лицо вследствие болезни или иной «катастрофы» трудоспособно не более двух часов в день. Нетрудоспособным считается также тот, для кого вследствие имеющихся у него болезненных проявлений закрыт рынок рабочей силы. Общая нетрудоспособность дает право на получение пенсии по утрате трудоспособности согласно законодательству о пенсионном страховании.

Стойкая утрата способности к выполнению служебных обязанностей

Она определяется § 42 Федерального закона о государственной службе (BBG) и трактует вопросы неспособности к выполнению служебных обязанностей чиновниками и солдатами. Спорные случаи относятся к компетенции административного суда.

Снижение (ограничение) трудоспособности (MdE)

MdE, согласно § 580 RVO, — это частичная утрата способности зарабатывать в том смысле, который заложен в основу законодательного страхования от несчастного случая. В настоящее время она устанавливается только в размере десятых долей.

Степень инвалидности (GdB)

В §§ 1 и 2 Закон о тяжело инвалидизированных (SchbG) охватывает все случаи, выходящие за рамки правил, при которых работоспособность снижена не только временно. Тяжело инвалидизированными считаются лица, у которых степень трудоспособности снижена не менее чем на 50 %.

В рамках социального права экспертиза должна дать ответы на следующие вопросы:

- 1) Какое диагностировано заболевание, и какое влияние оно оказывает на трудоспособность больного?
- 2) Каков прогноз имеющихся расстройств?
- 3) Существует ли связь между патогенным фактором и установленным расстройством здоровья?

Факты, подтверждающие притязания, т. е. болезнь, несчастный случай, ограничение трудоспособности, должны быть доказаны заявителем. В противном случае он не может получить возмещения. «Доказано» означает, что «ни один здравомыслящий человек, трезво оценивающий жизненные обстоятельства», не сможет усомниться в правильности решения Федерального социального суда по конкретному делу. Труд предоставления доказательств ложится при этом на плечи заявителя.

Врачу-эксперту необходимо ответить на вопрос, исчерпаны ли все возможности реабилитации, прежде чем решиться на заключение о назначении заявителю пенсии по инвалидности.

Реабилитация всегда предшествует назначению пенсии по инвалидности.

Транспортная психиатрия

Возможность управления автотранспортными средствами может быть поставлена под сомнение, если имеет место патологическая зависимость от алкоголя или одурманивающего вещества или имеются значительные психические или физические нарушения. В этом случае свидетельствуемый обязан представить администрации медицинское заключение, исключающее всякие сомнения. Положительное решение, дающее право управлять автотранспортными средствами, выносится административными органами. В случае отказа в выдаче прав на управление автотранспортными средствами решение выносится судом.

В основу медицинского заключения о возможности управления автотранспортными средствами положены жесткие психиатрические правила, утвержденные Федеральным министерством путей сообщения. «Заболевания и ограничения в управлении транспортными средствами», переработанное в 1991 г., содержит рекомендации, согласно которым в отдельных случаях, при достаточном обосновании, могут быть сделаны исключения.

Что касается психотических расстройств, то действующие правила предусматривают трех-пятилетний интервал, прежде чем заболевшему шизофренией пациенту могут быть снова выданы права на вождение автотранспортных средств. Эта позиция не согласуется с клиническим и, отчасти, научным опытом, подтверждающим, что число больных шизофренией составляет скорее нижнюю границу, чем среднестатистическую долю среди случаев транспортных аварий.

Длительная терапия нейролептиками и антидепрессантами ни в коем случае не является препятствием в управлении автотранспортными средствами. То же относится и к случаям лечения карбамазепином и солями лития.

При органических заболеваниях головного мозга следует делать различие между острыми и обратимыми формами течения, с одной стороны, и хронически протекающими психосиндромами — с другой. Нарастающее слабоумие, естественно, несовместимо с сохранением водительских прав. В то же время, оценка состояния на начальных стадиях органического поражения может быть весьма затруднительной.

Если психиатр должен провести для суда экспертизу по данному вопросу, то он обязан в своем заключении дать ответы следующие вопросы:

- 1) Какие нарушения выявлены у обследуемого?
- 2) Как эти нарушения отражаются на поведении обследуемого в дорожном движении?
- 3) Какие терапевтические возможности существуют для уменьшения выявленного риска? Для снижения степени риска могут быть сделаны определенные предписания, например регулярное врачебное наблюдение за проведением лечения депонированными нейролептиками.

ЛИТЕРАТУРА

Venzlaff U., K. Foerster (Hrsg): Psychiatrische Begutachtung, 2. Aufl. Fischer-Verlag, Stuttgart 1994.

Комментарий

Все вопросы, имеющие значение в гражданском праве, подробно изложены компетентными юристами и психиатрами. Литературные источники приведены в соответствующих главах. Повторное их перечисление в связи с этим излишне.

Вопросы к разделу

1. На какие экспертные вопросы должен ответить психиатр в рамках гражданского права?

Психиатр должен занять определенную позицию в отношении проблем способности испытуемого к совершению сделки, завещательного распоряжения, к участию в судебном процессе, профессиональной трудоспособности, способности управлять автотранспортными средствами, а также в отношении вопросов, касающихся семейного права и несения юридической ответственности за свои поступки.

2. Каково содержание понятий «общая» и «профессиональная нетрудоспособность»?

Общая нетрудоспособность (ЕУ) устанавливается в тех случаях, когда больной не может работать более двух часов в день или вследствие своего заболевания не может претендовать на получение рабочего места на рынке труда. ЕУ констатируется в тех случаях, когда трудоспособность больного снижена не менее чем наполовину по сравнению с трудоспособностью здорового застрахованного лица.

3. Что представляет из себя инвалидизация в рамках закона о тяжело инвалидизированных?

Инвалидизацией называют все выходящие за рамки нормы состояния, в результате которых трудоспособность снижается не только на короткий срок. Тяжело инвалидизированными являются лица, утратившие трудоспособность (GdB) не менее чем на 50 %.

4. Исключает ли лечение больного шизофренией депонированными нейролептиками управление автотранспортными средствами?

Как правило, нет. Всегда следует проверять, какое действие оказывает медикамент на самочувствие больного. Это касается нейролептиков, антидепрессантов и других препаратов.

Виды социальной помощи психически больным

Цель обучения

Знания, позволяющие ориентироваться в вопросах важнейших законодательных положений, которые имеют значение для лечебно-реабилитационной работы с душевнобольными инвалидами, прежде всего во внебольничных условиях.

Обзор важнейших видов помощи, которые оказывают психически больным органы больничного страхования, страхования по уходу, пенсионного страхования, страхования от несчастного случая, а также в соответствии с Федеральным законом о социальной помощи (BSHG).

Английская терминология

Social security

Social insurance

Welfare entitlements

Исторически сложившиеся сети социальной защиты

После Второй мировой войны отношение общества к его психически больным членам претерпевало медленные, но неуклонные изменения. Упрощая, можно сказать, что концепция отторжения психически больных и стремление изолировать их в специальных учреждениях, а также чрезмерная опека постепенно утратили силу и уступили место заботам о реинтеграции психически больных в нормальные социальные условия, особенно поощряя их возвращение к профессиональной деятельности. Эта изменившаяся установка в отношении психически больных, безусловно, поддерживалась в течение последних 20 лет определенными успехами в лечении. Важную роль здесь сыграла психофармакотерапия.

Также важно, а в каждом отдельном случае это еще важнее, оказать пациенту действенную помощь и поддержку в амбулаторных и полустационарных условиях, поскольку только так можно уберечь больного от необходимости лечения в стационаре. Именно оказанием помощи во внебольничных условиях может быть достигнута цель оградить, по возможности, хронических психически больных от повторной госпитализации. Необходимые для осуществления этой цели учреждения и службы описаны в главе 46. Далее мы попытаемся представить вопросы о финансировании этих служб и их включении в систему законодательных положений с целью хотя бы немного осветить то место, которое они занимают в настоящее время в разветвленной системе социальных гарантий. Однако приходится признать, что несмотря на заметные финансовые вливания в последние годы обеспечение хронических психически больных и инвалидов в условиях внебольничной помощи все еще хуже, чем соматически больных и инвалидов вследствие соматических заболеваний. Вина в этом, не в последнюю очередь, ложится на разрозненные, частично перекрывающиеся или взаимно исключаящие друг друга отношения органов страхования на случай болезни и пенсионного страхования, администрации предприятий и социальной помощи.

Ниже приведена схема, отражающая исторически сложившиеся сети социальной защиты в Германии (рис. 12).

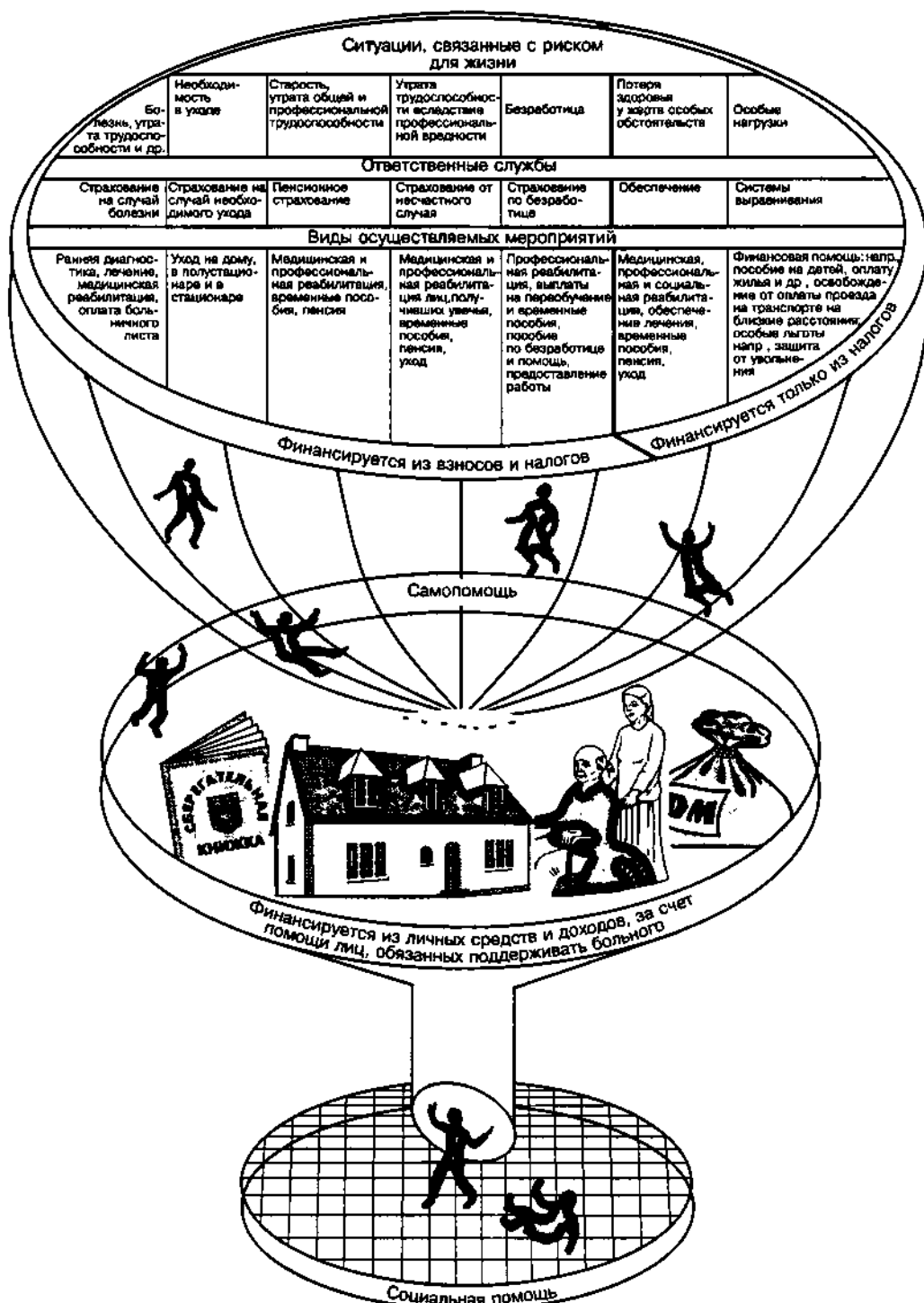


Рис. 12. Сети социальной защиты

В рассматриваемых нами связях важны следующие сферы деятельности:

1. **Страхование:** на случай болезни, пенсионное страхование, страхование по уходу, страхование от несчастного случая, страхование по безработице.

2. **Обеспечение страхования согласно Федеральному закону о праве на обеспечение (BVG)** государственных служащих, военнослужащих, жертв войн и др.

3. **Социальная помощь** всегда «последняя в ряду»: она вступает в действие только тогда, когда нуждающийся в ней прошел через сито всех других систем страхования и реализации своих прав, не получив от них ничего.

Отдельные составные части этой «сетевой системы» определяются двумя принципами: принципом причинности и принципом конечного результата.

1. Принцип причинности ставит вопрос о причине наступившего случая риска и является решающим для соответствующего страховщика.

2. Принцип конечного результата определяет осуществление государственных социальных программ, так как необходимость в помощи уже наступила и гарантирует всем, независимо от вызвавшей его причины, равные права на получение помощи.

Другой имеющий особо важное значение для психиатрии структурный элемент «социальной сети» состоит в том, что все виды страхования финансируются из взносов, в то время как социальная помощь черпает свои средства из налогообложения. Это означает, что право на получение обеспечения, в отличие от страхования, имеют только те, кто в состоянии доказать длительное внесение страховых взносов. Но для больных шизофренией, заболевших в молодости, часто до начала трудовой деятельности, этот путь закрыт. Хронические психически больные и инвалиды — т. е. именно те пациенты, которые, не получая соответствующей помощи со стороны общины, вынуждены оставаться на длительные сроки обитателями психиатрических больниц, — являются пасынками реформ в психиатрии. Им не предоставлена возможность воспользоваться в полном объеме амбулаторными программами реабилитации, которые должны быть обеспечены по Закону о страховании на случай болезни (GKV), а также о пенсионном страховании (LVA и RfA). Такое положение обусловлено тем, что принципы предоставления помощи в реабилитации, страховании на случай болезни, пенсионном страховании односторонни и ориентированы на нужды инвалидов вследствие соматических заболеваний, а особые, специфические нужды психически больных учитывают недостаточно. Этот факт нашел свое отражение в различных статистических разработках учреждений социального страхования. Из этих разработок следует, что психически больные обеспечиваются пенсией раньше, чем больные другими заболеваниями. При этом более чем в 2/3 случаев назначение пенсии осуществляется без предварительного проведения реабилитационных мероприятий. Официальное требование «реабилитация предшествует пенсии» в этом случае не соблюдается.

Недостатки в структуре страхования на случай болезни и пенсионного страхования в отношении хронических психически больных приводят к тому, что большинство пациентов этой группы оказываются пользователями социальной помощи. В свою очередь, службы социальной помощи в своей работе безответственно не учитывают наличие у больных близких родственников, которые по закону обязаны оказывать помощь больному члену семьи. Поэтому те, кто сегодня заболел психическим заболеванием в относительно молодом возрасте, во многих случаях вынуждены познакомиться с бедностью и дожидаться того момента, когда можно будет сделать заявку на обеспечение реабилитационных мероприятий.

В 80-е гг. в одном округе было предпринято выборочное исследование с целью определить, как формируется финансирование лечения, реабилитации и социального обслуживания психически больных. Согласно полученным результатам, 21 % приходится на негосударственное страхование на случай болезни (в первую очередь, на стационарное и амбулаторное лечение у врача-психиатра), 11 % — на пенсионное страхование (в первую очередь, на мероприятия по реабилитации в стационаре при проявлениях зависимости), 1 % — на федеральное ведомство труда, 6 % — на других спонсоров, 18 % — на самих пациентов (если они или их родственники, по закону обязанные их содержать, располагают достаточными собственными средствами), 43 % — на общину, прежде всего на социальную помощь.

В связи с тем, что в настоящее время носители социальной помощи и больничные кассы делают попытки сократить спектр финансируемых ими услуг, взаимно проникая в поле чужой компетенции, именно психически больные могут оказаться в положении «пасынков».

Критика существующей системы финансирования внебольничной помощи психически больным не освобождает от углубленного знания важнейших основ законодательства, правил и границ компетентности отдельных структур. В рамках этой книги, к сожалению, невозможно обучить практическому know-how в области психиатрии.

Виды деятельности, имеющие значение для психически больных и инвалидов

Страхование на случай болезни, утвержденное законом

Правовая основа: SGB V.

- а) Амбулаторное лечение, назначаемое врачом, включая медикаменты (ничем не осложнено);
 - б) лечение в больнице (предоставляемое, в основном, без особых сложностей);
 - в) уход за больным на дому (почти не используется);
 - г) медицинская реабилитация (преимущественно соответствует потребностям психически больного; амбулаторная психо-социальная помощь финансируется только в исключительных случаях);
 - д) пробная проверка нагрузок (используется слишком мало);
 - е) амбулаторная эрготерапия (используется слишком мало).
- Компетентные структуры:* больничные кассы.

Страхование по уходу, утвержденное законом

Правовая основа: SGB XI.

- а) Уход на дому (финансовая поддержка возможна, но для психически больных еще мало апробирована);
- б) уход в стационаре (возможен, но для психически больных еще нет точной оценки).

Компетентные структуры: кассы по уходу (при больничных кассах).

Страхование пенсий, утвержденное законом

Правовая основа: SGB VI.

- а) Медицинские и дополнительные мероприятия, способствующие профессиональной реабилитации (в каждом отдельном случае — слишком сложно, для хронических психически больных — затруднительно, но приемлемо);

б) меры по вводному, ознакомительному и трудовому обучению в специализированных трудовых мастерских (без проблем).

Компетентные структуры: LVA и BfA.

Поощрение трудовой деятельности

Правовая основа: закон о поощрении трудовой деятельности (AFG)

а) Поощрение работы в стационаре на основании WfBs (при наличии средств — без проблем);

б) профессиональная реабилитация (эта возможность используется редко, так как имеет своей целью полное восстановление трудоспособности).

Компетентные структуры: местные отделы по трудоустройству.

Закон о тяжелобольных

Правовая основа: SchBG.

а) Компенсация ущерба, причиненного болезнью, например особая защита и сопровождающая ее помощь для преодоления трудностей в трудовой деятельности (без проблем);

а) поддержка со стороны организаций в период пребывания в больнице (например, от психо-социальной службы, PSD), защита на рабочем месте (существуют региональные различия; если имеются — без проблем).

Компетентные структуры: отделы социального обеспечения, психо-социальные службы.

Социальная помощь

Правовая основа: Федеральный закон BSHG.

Федеральный закон о социальной помощи и в прошлом, и в настоящее время является важным законом для практической работы в области психиатрии. В нем предусматриваются:

а) виды индивидуальной помощи: помощь для поддержания жизни (HLU); помощь при особых жизненных обстоятельствах; помощь в попытках адаптации к новой среде, работе; все виды индивидуальной помощи (она оказывается без проблем);

б) виды помощи государства объединениям, организациям, например финансирование или участие в финансировании жилищных пансионатов, опекаемого жилья, дневных стационаров, клубов встреч и консультаций и др.

Проблематичным в рамках применения Закона о социальной помощи остается привлечение родственников, обязанных по закону содержать больного, а также компенсация их расходов за счет собственной ренты больного.

Компетентные структуры: местные отделы социальной помощи (для оказания индивидуальной помощи), местные и/или вышестоящие органы по оказанию социальной помощи объединениям, организациям.

ЛИТЕРАТУРА

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH). Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen. 23. Aufl. Band 103 Düsseldorf 1995.

Brill K.E. (Hrsg): Organisation, Struktur und Finanzierung gemeindepsychiatrischen Hilfsangebote. Bonn 1995.

Mrozynski P.: Rehabilitationsrecht. Beck-Verlag, München 1992.

Комментарий

Книга Mrozynski дает содержательную и очень подробную информацию о соответствующих законодательных установлениях. Однако она может быть рекомендована для чтения только тем, кто хотел бы основательно вникнуть в проблему.

Обе брошюры BAGH, изданные объединением психосоциальных вспомогательных служб по оказанию помощи, излагают права инвалидов, а также законодательные акты, имеющие значение для оказания внебольничной помощи. Они очень актуальны и являются хорошим пособием для повседневной работы.

Вопросы к разделу

1. Назовите три основы нашей системы социальной защиты.

Эти три основы:

- 1) страхование;
- 2) государственная защита;
- 3) социальная помощь.

Все виды страхования финансируются в основном за счет взносов отдельных застрахованных, две другие составные части — государственная защита и социальная помощь — финансируются преимущественно за счет общего налогообложения.

2. Какими двумя принципами руководствуется эта разделенная на отдельные звенья система?

Принцип причинности ставит вопрос о причинах наступившего случая риска и является определяющим для финансирующего органа. Принцип конечного результата вводит в действие мероприятия по социальной защите, поскольку заболевание уже произошло, и предоставляет всем пострадавшим, независимо от вызвавшей его причины, равные права на помощь.

3. Что имеют в виду, когда говорят о субсидировании социальной помощи?

Субсидирование означает, что социальная помощь вторична, т. е. она вступает в силу только тогда, когда заявки на помощь отвергнуты другими страховщиками, или тогда, когда к оказанию помощи не могут быть привлечены третьи лица, обязанные оказать больному поддержку.

4. Равны ли в своих правах психически больные и соматически больные?

De jure — да; de facto — нет. Основанием этого неравенства является тот факт, что реабилитационные мероприятия, предоставляемые страховщиками болезни и пенсионного страхования, являются односторонними и приспособлены к нуждам соматически больных, так что психически больные относительно редко могут извлечь из них пользу.

5. Имеют ли психически больные право на мероприятия по обеспечению ухода?

В соответствии с законом они имеют равные права на «уход на дому» и на «уход в стационаре». Однако запросы на оба вида услуг удовлетворяются касами по уходу в очень ограниченном объеме.

Вопросы и ответы для контроля усвоения материала

1, 2

1. Что такое лечебный инцидент?

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом, прошедших лечение у врача за определенный отрезок времени из определенной численности населения.

2. Что такое истинная prevalence (заболеваемость)?

Число фактически больных на определенный момент в определенной численности населения, независимо от того, обращались ли эти больные за лечением или вообще не были выявлены.

3. Как определяется истинная prevalence?

Путем обследования выбранной репрезентативной группы населения или целых групп населения.

4. Перечислите три важные характерные эпидемиологические особенности психических заболеваний.

1) Члены семьи и сами больные часто стараются скрывать их.

2) Граница между психическими заболеваниями и неболезненными переживаниями и отклонениями, существующими в пределах нормы, расплывчата.

3) Четкое определение принадлежности симптомов к определенному диагнозу выражено в большинстве случаев слабее, чем в соматической медицине.

5. Являются ли статистически установленные различия в частоте заболеваний шизофренией в различных жилых массивах надежным указанием на то, что неблагоприятные жилищные условия могут быть причиной заболевания?

Нет. Такой гипотезе «стресса» противопоставляются гипотезы «Drift» (социально деградировавшие больные скапливаются в трущобах) и «Non-Starter»

(больные шизофренией в силу особенностей заболевания не способны к социальному росту).

6. На чем могут сказаться социальные условия?

- 1) На возникновении болезни.
- 2) На проявлении болезни.

3

7. Назовите по меньшей мере три вида социальной связи, которые могут иметь значение для психически больных.

- 1) Семья.
- 2) Профессия.
- 3) Место жительства. Соседи (окружение).
- 4) Социальный слой.
- 5) Субкультура.

8. Назовите два важнейших фактора социальной отягощенности.

- 1) Неспецифические факторы, такие, как стресс, при которых значение приобретает прежде всего интенсивность нагрузки.
- 2) Специфические факторы: при определенных социальных условиях и определенных проявлениях болезни и ее течения основное значение приобретают характер и качественные особенности нагрузки.

9. В каких социальных слоях особенно часто встречается соматизация болезненных симптомов?

В низших социальных слоях.

10. Приведите пример проникновения культуральных проявлений в психиатрические симптомы болезни.

- 1) Бред греховности в христианских культурах.
- 2) Систематизация бреда в индустриальном обществе, а также в высших слоях общества в странах третьего мира.

4

11. К каким психопатологическим явлениям приводят экстремальные нагрузки?

К затяжным психо-вегетативным нарушениям самочувствия, к ограничению способности испытывать доверие в межличностных отношениях, к ослаблению самозащиты и стабильности настроения.

12. К каким способам прибегает индокринирующее «промывание мозгов»?

Конфронтация с реальными или воображаемыми факторами, вызывающими страх, вынужденная социальная изоляция, групповое покаяние, лишение сна.

5

13. Назовите различия между психиатрическим обследованием и психиатрическим интервью.

Термин «обследование» (Exploration) означает целенаправленный опрос пациента для выявления психопатологических симптомов. При этом инициатива и активность беседы однозначно диктуются врачом. Психиатрическое интервью имеет скорее открытый, менее структурированный характер и всегда

применяется в тех случаях, когда речь идет о поиске показаний для применения психотерапии. Обследующий в этом случае должен руководствоваться спонтанными высказываниями пациента.

14. Назовите важнейшие показатели психопатологического обследования.

Сознание, ориентировка, память, интеллект, восприятие, коммуникабельность, психомоторика, состояние чувствительности, наличие конкретных конфликтов, специфические психиатрические симптомы.

15. Почему углубленное соматическое обследование является неотъемлемой составной частью психиатрической оценки состояния пациента?

Так как одновременно, но и независимо от психиатрических расстройств могут иметь место соматические заболевания; так как всегда возможна соматическая обусловленность психических расстройств и она должна быть выявлена.

16. Может ли быть установлен психиатрический диагноз на основании одного выявленного симптома?

Нет. Единичные психопатологические симптомы всегда многозначны. Решающей является совокупная психопатологическая картина болезни конкретного пациента.

17. Что означает «тройственная система классификации» в психиатрии?

МКБ различает три большие группы психических заболеваний: психозы, неврозы, личностные расстройства и олигофрении. Это разделение восходит к определениям, содержащимся в концепции Э. Крепелина.

6

18. Что представляет из себя эпигенез в смысле биологического и психологического развития?

Развитие, начиная со стадии наименьшей дифференцированности (но с большой потенцией в перспективе), через стадию интеграции с возрастающей сложностью и переходными кризисами, к окончательной (завершенной) модели с максимально дифференцированными структурами, функциями и особенностями, имеющими большое (проспективное) значение.

19. Какими основными биологическими факторами определяется в основных чертах развитие человека на психологическом уровне?

Продолжительной зависимостью грудного ребенка от лица, осуществляющего постоянный уход за ним (в связи с сенсомоторной незрелостью новорожденного), сравнительно долгим периодом развития вплоть до полового созревания и завершения периода роста, длительно сохраняющимися признаками «незрелости».

20. На какое «социальное» поведение способен нормально развивающийся трехмесячный грудной ребенок?

Улыбаться при фронтальном приближении лица.

21. Каким поведением грудной ребенок сигнализирует о том, что он умеет отличать близких (знакомых ему) людей от чужих (незнакомых)?

«Страхом восьмимесячного» — это криз первой субфазы отделения (от матери) и индивидуализации.

22. Какие психологические расстройства и нарушения поведения могут появиться на первом году жизни ребенка под влиянием конституциональных факторов и нарушения связи между матерью и ребенком?

Отказ от еды, рвота (пилоростеноз), «колики трехмесячного», экзема грудного ребенка (начиная с четырех месяцев) и раскачивающиеся движения (на втором году жизни).

23. Какие особенности, специфические для отдельных фаз, появляются с обретением навыков опрятности (начиная с 18 месяцев)?

Анальное удерживание, игра с фекалиями, выраженная амбивалентность как проявление начинающейся анальной фазы, связанной с запретом и «кризом повторного сближения» (начиная с 15-го месяца).

24. Назовите типичные болезненные проявления, представляющие риск в пубертатном периоде.

Психогенные расстройства пищеварения (нервная анорексия, психогенное ожирение, булимия), болезненное переживание деперсонализации и отчуждения, шизофренические психозы, асоциальные формы поведения и пубертатные кризы.

7

25. К каким психопатологическим проявлениям приводит частичное или полное лишение ребенка эмоциональной доброжелательной заботы о нем в раннем детстве? Опишите эти состояния.

Анаклитическая депрессия у грудных детей, расстройства настроения и страхи у маленьких детей, вызванные изоляцией, детский госпитализм в возрасте после пяти месяцев и после полного «отлучения» от эмоциональной близости.

26. Какова частота энуреза у детей разных возрастных групп?

В возрасте 3 лет — у 40 %, 5 лет — у 8 %, 15 лет — 2 %, 18 лет — 1 %.

27. Является ли аутоэротическая активность патологией?

Нет.

28. Активизируется или уменьшается аутоэротическая активность в случае лишения ребенка эмоционально-доброжелательного контакта?

Вначале активизируется, а со временем, при эмоциональной депривации — отчетливо снижается.

29. Для каких расстройств патогномичны комбинации тиков с копролалией и/или эхолалией/эхопраксией?

Для синдрома Жюль де ля Туретта (Gilles de la Tourette).

8

30. По каким признакам распознается синдром аутизма в детском возрасте?

Отсутствие способности к социальным контактам; нарушение развития речи; блокирование контроля «Я»; сосредоточение интересов на неодушевленных предметах; страх перемен; искаженное употребление личных местоимений.

31. Относятся ли аутистические синдромы нозологически и/или в плане их классификации к ранним детским шизофрениям?

В настоящее время нозологическая связь большинством отрицается; классифицировать их следует отдельно.

32. *Какие типы аутистических синдромов вы знаете ?*

Ранний детский аутизм Каннера (Kanner) и синдром Аспергера (Asperger).

33. *С какого возраста можно ожидать появления бреда и галлюцинаций при детских психозах?*

Начиная с 6–8-го года жизни.

34. *Почему трудно диагностировать редкие в детском возрасте депрессивные расстройства поведения ?*

Вследствие несформированности симптоматики, обусловленной процессом развития, и наложения психических особенностей и нарушений поведения иной природы.

9

35. *Назовите примеры острых и хронических психосиндромов у детей.*

Острые: делирий на фоне высокой температуры при общих заболеваниях; вследствие энцефалитов и черепно-мозговых травм. Хронические: изменение личности после воспалительных или травматических поражений мозга.

36. *Каковы характерные признаки гиперкинетического синдрома? Какие дифференциально-диагностические соображения должны быть приняты во внимание?*

Частичное ослабление способностей, дефицит внимания, гиперактивность. Дифференциальный диагноз — отграничение от раннего детского церебрального обусловленного нарушения функций.

37. *Какие терапевтические возможности могут быть использованы для детей с мозговыми расстройствами?*

В первую очередь — консультирование и лечение родителей, а затем — ребенка; в зависимости от нарушения назначается лечение упражнениями, применение лечебной педагогики, лечение музыкой, рисованием, участие в играх, психотерапия, медикаментозное лечение.

10

38. *На каких проблемах сконцентрированы пубертатные и подростковые кризы?*

Интеграция генитальной сексуальности (сексуальные кризы), становление поисков своего «Я» (криз идентификации) и освобождение от детских привязанностей к авторитетам (кризы авторитетов).

39. *О каких типичных реакциях и/или душевных переработках может идти речь у чрезмерно амбициозных, неуверенных в себе и поэтому ранимых подростков?*

К сенситивным переработкам и страху покраснеть (эритрофобии), реже — к сенситивному бреду отношения.

40. *В какой возрастной группе — детской, пубертатного периода, подростковой — отмечается наибольшее число завершенных суицидов и суицидальных попыток?*

Между 15 и 19 годами жизни.

41. *Какими проявлениями характеризуются переживания деперсонализации и отчуждения в подростковом возрасте?*

Измененным осознанием «Я», чувством отчужденности (чуждости), чувством «отсутствия чувств», а иногда — изменениями в восприятии внешнего мира и феноменами *Deja-vu* и *Jamais-vu*.

11

42. *Какое содержание мы вкладываем в понятия асоциальности и заброшенности подростков?*

Об асоциальности говорят тогда, когда налицо столкновения подростка с общепринятыми и общепризнанными законами или преобладающими представлениями о нравственных нормах. Мотивы конкретного лица при этом не имеют значения. О заброшенности, напротив, говорят тогда, когда асоциальное поведение вытекает из нарушенной структуры личности подростка.

43. *Какие три синдрома заброшенности различают?*

Синдром нестабильности; синдром асоциальности; синдром криминального поведения. Только последние два представляют «социальную опасность».

44. *Что может способствовать развитию этих синдромов?*

Недостаточное воспитание или его отсутствие; церебральные заболевания и умственная отсталость; «конституциональная» слабость. Не в последнюю очередь решающими являются «рамочные общественные условия».

45. *Каковы терапевтические возможности оказания воздействия на асоциальность и заброшенность у подростков?*

Борьба с этими явлениями должна быть ориентирована на условия их возникновения. Поэтому индивидуальные терапевтические программы не достигают цели. Несмотря на это во многих случаях показано применение лечебно-педагогических мер и психотерапии. Наилучшим образом зарекомендовали себя «открытые», т. е. амбулаторные программы, а не стационарные.

12

46. *Какие три центральные задачи характеризуют так называемую трехинстанционную модель психоанализа («Я», «Оно», «Сверх-Я»)?*

«Я» оценивается как «орган приспособления» человека, «Оно» является посредником между противоборствующими требованиями, которые предъявляют друг другу «Оно», «Сверх-Я» и реальность. В противоположность «Оно», «Я» ориентируется не на принцип удовольствия, а на принцип реальности. Его главной целью является самосохранение. Этому служат и отдельные функции «Я», например восприятие, память, защита от раздражителей, проверка реальности фактов, регулирование импульсов и защита.

47. *Какое содержание вкладывают в понятие «психо-социальная защита»?*

При психо-социальной защите внутренний психический конфликт между противоположными импульсами (влечений) или между импульсом (побуждением) и защитой переносится во внешнее социальное поле, и создается межперсональная констелляция, при которой внутренний психический конфликт в большинстве случаев может быть преодолен совместно с другим близким (важным для пациента) лицом.

48. *Опишите различия между «первичной выгодой от болезни» и «вторичной выгодой от болезни» при невротических заболеваниях.*

«Первичная выгода от болезни» состоит в уменьшении страха и частичном удовлетворении влечений, которые приносит с собой каждый невротический симптом в соответствии со своим определением. «Вторичная выгода

от болезни» состоит, прежде всего, в социальных поблажках, которыми окружающие реагируют на болезненные симптомы. Первичная «выгода от болезни» тесно связана с возникновением симптомов, а вторичная — с их сохранением.

49. *Чем отличается типичный невроз от острых ситуационных реакций и/или нарушений способности к адаптации?*

О типичном неврозе можно говорить только тогда, когда может быть доказана непосредственная связь между симптомом, пусковой конфликтной ситуацией и приобретенным в раннем детстве предрасположением, причем в невротическом симптоме просматривается новое, относительно стабильное равновесие между импульсом и защитой. Напротив, острые реакции на стресс являются быстро преходящими расстройствами различной степени тяжести и различного характера. Их следует рассматривать как ответ на чрезвычайную физическую или психическую нагрузку. Обычно они проходят через несколько часов или дней. Нарушения адаптации, как правило, находятся в тесной связи по времени и содержанию с такими нагрузками, как траур, переживания по поводу расставания. В противоположность неврозу они могут появиться без предшествующего психического расстройства и продолжаются обычно не дольше нескольких месяцев.

13

50. *Назовите диагностические обозначения неврозов по терминологии МКБ-9.*

Наиболее часто употребляются следующие диагностические обозначения: невроз страха, фобии, невроз навязчивых состояний, истерический невроз (конверсионный и диссоциативный типы), невротическая депрессия, синдром деперсонализации и ипохондрия.

51. *В каких случаях говорят о конверсионном симптоме?*

Конверсионные симптомы относят к числу симптомов истерического невроза. При этом всегда речь идет об утрате или изменении функции какого-либо органа (части тела) без доказуемого органического поражения. Конверсионные симптомы часто производят впечатление своей выразительностью. Их скрытое значение не может быть не замечено сторонним наблюдателем. Кроме того, они нередко усиливают «вторичную выгоду от болезни». К классическим конверсионным симптомам относятся: затруднение при глотании, потеря голоса, утрата четкости зрительных восприятий, слепота, трудности при ходьбе, параличи конечностей, обмороки и так называемые судорожные припадки, при том что неврологическое обследование не обнаруживает судорожной готовности.

52. *Как функционирует механизм защиты при фобических расстройствах?*

Основополагающий процесс защиты при фобиях функционирует так, что страх перед внутренним импульсом, несущим в себе угрозу, переносится на внешние фобические ситуации, которые в дальнейшем могут быть вытеснены. Успешное вытеснение способствует уменьшению страхов, а повторное использование приобретенного опыта ведет к стабилизации реакций вытеснения в соответствии с учебно-теоретическими принципами.

53. *Какие конфликты скрываются за «невротической депрессией»?*

При невротической депрессии речь всегда идет о конфликте агрессии и/или конфликте самооценки. В одних случаях больной обращает на себя агрес-

сию, которая предназначена любимому, но утраченному объекту, а в других депрессия является показателем нарциссической декомпенсации (обида, несостоятельность перед собственным представлением об идеалах).

14

54. Назовите различия между невроз-симптомами и неврозом характера.

Невроз характера отличается от единичных симптомов, вызывающих симптоматический невроз, прежде всего тем, что его симптомы обладают свойствами двойственности и «привязаны» к характеру. Патологические приспособления при неврозе характера в значительной мере синтонны «Я».

55. Назовите некоторые широко применяемые диагнозы в рамках личностных нарушений.

Наиболее часто применяются следующие диагностические обозначения: «параноидная личность», «шизоидная личность», «навязчивая личность», «истерическая личность» и «антисоциальная или диссоциальная личность». В последнее время для недостаточно четко отграниченных случаев получили признание такие определения, как «нарциссическая личность» и «пограничная личность». Так как во всех случаях речь идет о диагнозе заболевания, то вместо слова «личность» лучше употреблять выражение «личностные расстройства».

56. Каковы основные черты истерического личностного расстройства?

Главными чертами истерического личностного расстройства являются выступающие на первый план неестественность и театральность (неосознанное исполнение роли), поверхностная, лабильная аффективность, экспрессивность, «бьющие через край» чувственные реакции, внушаемость и склонность к самодраматизации. Далее, типичными являются импрессионистический стиль мышления, выраженное стремление утвердить свою значимость и показная беспомощность, а также навязчивая конкуренция в межличностных отношениях.

57. Опишите поведение параноидных и шизоидных личностей при общении с другими лицами.

Поведение параноидных и шизоидных личностей при общении с окружающими характеризуется недоверием, дистанцированием, отсутствием теплоты и социальной отчужденностью.

15

58. Дайте определение понятия «психосоматика».

Психосоматика объединяет психологические медицинские факторы, определяющие состояния физического здоровья и болезни.

59. Назовите четыре психопатологических процесса, наличие которых у психосоматических больных может быть доказано.

Прегенитальные нарушения созревания, ложная независимость и очевидная зависимость, сдержанность чувств, а также ограниченная интроспекция и саморефлексия (умение изменить направление внимания с объекта на субъект).

60. Какова биологическая переменная при психосоматических расстройствах?

Генотипическая соматическая преформированность, например гиперсекреция желудочного сока, подтвержденная при обследовании.

16

61. В чем заключаются различия психотерапии больных с язвенным колитом и больных с болезнью Крона (Crohn)?

У больных колитом мотивация значительно лучше, чем у больных с болезнью Крона, так что психотерапевтический подход к последним значительно труднее.

62. Какие психотерапевтические приемы возможны при лечении больных нервной анорексией?

Вначале — кормление через зонд; в дальнейшем определить показания для психотерапии в стационаре либо для амбулаторной групповой терапии с применением психоанализа, для индивидуального психоанализа, терапии поведения; в случае необходимости — семейная терапия.

63. Как вы понимаете клиническую картину «*Bulimia nervosa*»?

Потребность в еде с повышенной калорийностью, воспринимаемая как расстройство влечений, наступающая приступообразно и сопровождаемая последующей рвотой. В противоположность больным, страдающим ожирением или нервной анорексией, вес у этих пациентов остается стабильным; выраженное «давление болезни» с результирующей мотивацией для психотерапии (более эффективной, чем для больных с ожирением или нервной анорексией).

64. Что вы знаете о психотерапии при эссенциальной гипертензии?

В большинстве случаев наблюдается недостаточное осознание больными конфликта. Поэтому предпочтительна не разъясняющая психотерапия, а комбинирование психологической поддержки с терапией, направленной на коррекцию поведения, назначением медикаментозных препаратов, снижающих давление, под тщательным контролем индивидуальной переносимости препаратов.

17

65. Назовите важнейшие диагностические критерии, играющие роль при назначении любого вида психотерапии.

Прогноз психотерапии самым прямым образом зависит от мотивации пациента, степени его понимания психогенеза собственного заболевания, давления, оказываемого на него болезнью, размерами вторичного выигрыша от болезни, психической и социальной гибкости пациента, его способности противостоять страху и депрессии, его эмоциональных взлетов, склонности к регрессии, но прежде всего — от его способности формировать терпимые взаимоотношения и поддерживать их.

66. Каковы выраженные прогностически неблагоприятные предпосылки для психотерапии?

Хронификация заболевания, первичная симптоматика, берущая свое начало в допубертатном периоде, привычное девиантное поведение, например пристрастие к злоупотреблению, диссоциальность и соматизация; высокая степень вторичного выигрыша от болезни, психосоциальная окрашенность, стабилизирующая симптомы, склонность к мазохистскому триумфу и выраженное пассивное недоверие к терапии.

67. *Опишите различия некоторых применяемых методов психотерапии с учетом первоочередных целей, которые они преследуют.*

Существуют методы, направленные на проникновение (например, психоанализ), на катарсис, на приобретение нового эмоционального опыта (например психодрама, биоэнергетика и гештальт-терапия), и методы, ставящие своей целью изменение модели поведения, тренирующие методы (прежде всего терапия поведения). Кроме того, можно выделить методы раскрывающие, поддерживающие, маскирующие.

68. *Назовите противопоказания для применения психотерапевтических методов, «раскрывающих» и одновременно способствующих регрессии.*

Такие методы психотерапии, как раскрывающие, способствующие регрессии, структурированные, в широком смысле «стимулирующие лабильность», противопоказаны больным с психозами или при угрозе развития психоза, а также больным, которым при названных условиях угрожает злокачественная, необратимая регрессия.

18

69. *Каковы важнейшие психоаналитические методы, а также вытекающие из психоанализа методы психотерапии?*

Стандартизованные психоаналитические методы, первичное психоаналитическое интервью, психотерапия, основанная на глубинно-психологическом методе (например, фокальная терапия и динамическая психотерапия) и различные формы психоаналитической групповой терапии.

70. *Каковы основы психоаналитического метода?*

К основам психоаналитического метода относится анализ переноса и контрпереноса во взаимоотношениях с психотерапевтом, толкование переноса и сопротивления, переработка обретенного таким образом опыта с целью добиться последующих стойких изменений в установках и поведении у невротической личности.

71. *Чем отличаются друг от друга модифицированные психоаналитические методы терапии от «классического» психоанализа?*

Различия заключаются в положении (позе) пациента, в методе и в постановке цели. Психотерапия, основанная на глубинно-психологическом подходе, проводится при положении пациента сидя, с низкой частотой занятий, ограниченным временем, изначальной постановкой ограниченной цели (устранением симптомов вместо структурных изменений), сосредоточением внимания на определенном (описанном), относительно осознанном конфликте, не слишком глубокая, не выявляемая в сидячем положении пациента регрессия.

72. *Назовите показания и противопоказания для групповой психотерапии, ориентированной на психоанализ.*

Показания и противопоказания вытекают прежде всего из факта присутствия во время сеанса нескольких человек. Групповой сеанс защищает, в первую очередь, от выраженной зависимости пациента от единственного врача (психотерапевта), предоставляет простор для социального экспериментирования, для обретения нового многогранного опыта в межличностных отношениях. В то же время такой сеанс предоставляет меньшую защищенность,

чем индивидуальная терапия, требует от пациента большей выносливости в отношении нагрузки, большей толерантности к жалобам и известной степени социального know-how и способности реализации своих возможностей.

19-21

73. Какой фактор особенно важен для успеха психотерапии, независимо от избранной формы психотерапии?

Взаимоотношение врач—пациент.

74. а) По каким механизмам распознаются вегетативные реакции страха, и б) какими методами они могут быть излечены?

а) Условный рефлекс;

б) систематическая десенсибилизация.

75. Что такое Biofeedback?

Возможность влияния на реакции вегетативной (автономной) сферы с помощью оперантной модели (поощрения, игнорирования, осуждения).

76. При каких психических расстройствах особенно показана терапия поведения?

При фобиях, зависимости (токсикомании), описанных выше функциональных расстройствах.

77. Почему при большинстве применяемых видов терапии так важна актуализация (невротических) ощущений?

Потому что чувственно окрашенный новоприобретенный опыт или переработанный старый может быть реализован только в настоящем времени.

78. Что представляют из себя совместный подход к переносу (психоанализ) и внутренняя игровая роль в рамках гештальт-терапии?

Актуализация старых моделей чувств.

79. Каков первый важный шаг для устранения блокирования чувств?

Распознавание этой блокады.

22-23

80. Какими образными выражениями можно описать психодинамику вторичных психических изменений?

«Утрата объекта», «нарциссические жалобы», «медицински ориентированная самодеятельность», «ограниченность чувств», «защита от агрессии», «инфантильная регрессия», «усилия с целью отрицания».

81. Как можно описать содержание стресса диализа?

«Зависимость от программы лечения», «неуверенность в своих жизненных ожиданиях», «ограничения в общественной активности».

82. Какие психотерапевтические приемы показаны для тяжело больных?

Стимулирование больного к беседе на темы медицински ориентированной самодеятельности, пристальное внимание и целенаправленное обсуждение фрустрационно-агрессивных стремлений пациента. При этом раскрытие актуальных и хронифицированных конфликтов.

24-27

83. Как можно с генитально-физиологических позиций охарактеризовать возбуждение и оргазм?

Возбуждение: расширение сосудов (эрекция, лубрикация); оргазм: сокращение гладкой мускулатуры (эмиссия) и ритмические сокращения поперечно-полосатой мускулатуры.

84. Какие сексуальные проблемы могут возникнуть с возрастом?

Замедление сексуальных реакций, нарушение эрекции, недостаточность лубрикации, снижение потребности, обострение взаимоотношений.

85. Приведите примеры характерных соматических нарушений способности к эрекции.

Побочные действия многих лекарственных препаратов; поражений артерий, вен, вегетативной нервной системы пениса, а также его кавернозной ткани.

86. Каковы основные ранние переживания, имеющие значение для сексуальности?

Умение доверять, заслужить доверие другого лица. Умение пережить близость и расставание, самоутвердиться, умение быть удовлетворенным.

87. Назовите типичные функциональные сексуальные нарушения у мужчин и у женщин.

У мужчин: нарушение эрекции, преждевременная эякуляция, проблемы потребности, задержка эякуляции при коитусе. У женщин: отсутствие сексуального интереса и желания (торможение потребности), нарушения возбуждения, торможение оргазма, болезненные ощущения во время коитуса (Dyspareunie), вагинизм, сексуальное отвращение и стремление избежать близости.

88. При каких обстоятельствах сексуальные взаимоотношения партнеров предрасполагают к появлению расстройств?

Сексуальная связь, ограниченная половым актом, так как женщина не может этим удовлетвориться, сдерживание (ограничение частоты желания), склонность мужчины к преждевременной эякуляции и недостаточная возбудимость женщины, проблемы потенции у мужчины, требующие от женщины определенного поведения.

89. Когда нарушение эрекции, наступающей во время близости с партнером, обусловлено чисто психически?

В случаях, когда (чаще у молодых мужчин) способность к эрекции в ночные/утренние часы наступает в результате мастурбации, вне коитального контакта и/или имеется у другого партнера и вызывает чувство страха перед сексуальной близостью.

90. Что является предпосылкой, содержанием и задачами сексуального консультирования?

Умение свободно говорить о сексуальности; убеждение пациента/пары, целенаправленное выявление сведений об их информированности и дефиците знаний, коррекция сексуальных мифов. Стремление к тому, чтобы для пациента/пары механизмы возможности самоутверждения стали понятными и поддающимися переработке; рекомендации для исправления сексуальности.

91. В чем состоит принцип психосексуальной терапии?

Комбинирование методов коррекции поведения и использование глубинной психологии, а также сексуальных упражнений и сеансов психотерапии.

92. Каковы специфические, чаще всего поверхностные (первоначально нуждающиеся в терапевтической обработке) причины нарушений сексуальной функции?

Торможение желания: отключение путем подавления; преждевременная эякуляция; перцептивная защита; подавление оргазма: сконцентрированность на возбуждении с целью защиты от страха. Вагинизм: условный спазм мускулатуры влагалища. Нарушения возбуждения: различны, часто в результате приступов страха.

93. Каковы частые более глубокие (интрапсихические или лежащие в основе взаимоотношений партнеров) причины функциональных сексуальных нарушений?

Интрапсихические: страхи идентификации влечения, отношений, осознания, пола. Связанные с взаимоотношениями партнеров: делегирование, оформление, противостояние партнеру, амбивалентное отношение.

94. Назовите важнейшие сексуальные правонарушения.

Изнасилование и сексуальное принуждение; сексуальные преступления в отношении детей, в том числе инцест и педофилия, эксгибиционизм и вуайеризм.

95. Назовите психодинамические признаки пerversий.

Защитные механизмы сексуализации, компенсаторно-исправляющие функции с учетом нарушения мужской идентификации, проблемы агрессивности, нарциссические расстройства, проблемы взаимоотношений.

96. Назовите признаки так называемой транссексуальности и родственных понятий, в результате которых у мужчин могут развиваться транссексуальные желания.

Конфликтная идентификация с противоположным полом. Отвращение/зависть к собственным/чуждым половым признакам, попытки присвоить себе роль другого пола при неспособности идентифицировать половую роль, соответствующую своему биологическому полу, транссвестизм и феминизированная гомосексуальность.

28–31

97. Назовите критерии, необходимые для диагностирования зависимости от препаратов.

Развитие толерантности, безуспешные попытки регулирования употребления, появление симптомов отравления или абстиненции. Ограничение круга интересов. Примирение с отрицательными последствиями. Появление одновременно по меньшей мере трех симптомов, а также продолжительность более месяца или повторность.

98. Как определяется степень выраженности зависимости?

Степенью тяжести (легкая, средняя, тяжелая) в зависимости от количества симптомов и степени ущерба, нанесенной здоровью пациента, а также по наличию или отсутствию частичной или полной ремиссии в последние шесть месяцев.

99. Поясните, что вкладывается в термин «потенциал зависимости»; назовите некоторые психотропные препараты, обладающие потенциалом зависимости или не имеющие его.

Потенциал зависимости — это свойство психотропной субстанции вызывать явления зависимости. Зависимость формируется через соматические механизмы компенсации, направленные на воздействие этой субстанции на

ЦНС и ведущее к толерантности, а при снижении дозы — к явлениям абстиненции. Лекарственные препараты, обладающие потенциалом зависимости: барбитураты, снотворные, опиаты, транквилизаторы, амфетамины. Медикаменты, потенциал зависимости которых неизвестен: нейролептики и тимолептики.

100. Какие типичные болезненные формы поведения наблюдаются наиболее часто у лиц, страдающих зависимостью?

Представление благовидных предлогов, недостаточное понимание, агрессивное отрицание существующей проблемы даже при наличии «неопровержимых доказательств». Эти проявления затрудняют раннюю диагностику и лечение.

101. При приеме каких групп лекарственных препаратов следует считаться с возможностью появления эпилептиформных припадков в рамках абстинентного синдрома?

В случаях зависимости от алкоголя и седативных препаратов, снотворных и анксиолитиков.

102. Появления каких симптомов следует ожидать при белой горячке?

Потливость, тремор, учащение пульса, подъем кровяного давления, дезориентированность, психомоторное беспокойство, зрительные и слуховые галлюцинации, внушаемость.

103. Какие меры должны быть приняты при алкогольном делирии, а какие — при прекращении приема опиатов?

При алкогольном делирии неизбежна немедленная госпитализация. Лечение проводится с помощью «перекрестно толерантных» препаратов, в зависимости от тяжести клинических проявлений. При абстиненции после прекращения приема опиатов также показана госпитализация. Однако в этом случае назначение психотропных препаратов противопоказано. При резко выраженных симптомах абстиненции средством выбора является Clonidin.

104. Возможно ли различить клинические картины барбитуровой и алкогольной абстиненций?

Нет. Многие симптомы (потливость, тремор, учащение пульса и повышение кровяного давления, дезориентированность, внушаемость, зрительные и слуховые галлюцинации, генерализованные судорожные припадки) могут наблюдаться как при прекращении приема алкоголя, так и барбитуратов. Поэтому зависимость от этих двух субстанций обозначается как алкогольно-барбитуровый тип зависимости.

105. Какое содержание вкладывается в термин Rebound?

При снижении изначально низких доз диазепинов, принимавшихся пациентом в течение длительного периода, наступает феномен Rebound, который характеризуется беспокойством, суетливостью с оттенком страха и нарушениями сна.

106. Какие трудности возникают при лечении клонетиазолом (Clonethiazol, Distra-neurin)?

Этот препарат вызывает явления зависимости. Следует также учитывать его побочные действия в форме подавления функции дыхания и кровообращения. В связи с этим возникает угроза развития пневмонии из-за повышения влажности легочной ткани.

107. Как вы охарактеризуете пациента, злоупотребляющего веществами, предназначенными для вдыхания через нос?

Речь идет о пациентах, в основном подростках, с личностными расстройствами, галлюцинаторными переживаниями и интеллектуальной недостаточностью.

108. Как вы будете лечить пациента, находящегося в состоянии абстиненции после прекращения приема опиатов?

1) Обеспечить полное изъятие препаратов (включая «Filzen»); 2) talk down, т. е. стремиться обеспечить адекватную близость к пациенту; 3) избежать применения психотропных препаратов. Только в наиболее тяжелых случаях допустимо назначение клонидина (Clonidin).

109. Являются ли дезориентированность и внушаемость признаками прекращения приема опиатов?

Нет. Если в рамках отнятия опиатов такие симптомы появляются, то в большинстве случаев они являются выражением лежащей в их основе поливалентной зависимости.

32

110. Каковы важнейшие шаги терапевтического сопровождения пациентов с суицидальными намерениями?

Добиться устойчивых взаимоотношений; верно оценить риск суицида и масштаб кризисного состояния; проникнуть от очевидного повода к основным проблемам больного. Правильно выстроенная беседа имеет своей целью стабилизацию состояния больного. В случае необходимости рекомендуется индивидуальная, групповая или семейная психотерапия.

111. Какое значение имеет суицидальность?

Призыв о помощи и сигнал бедствия, исходящие от человека, попавшего в безвыходный психический конфликт. Чаше других встречаются любовные и профессиональные конфликты, а также одиночество.

112. Какие люди наиболее подвержены угрозе суицида?

Среди психически больных: лица с эндогенной депрессией, больные шизофренией, невротической депрессией, наркоманы. Лица в кризисных возрастных группах, находящиеся в социальной изоляции, или вынужденные переселенцы.

113. Как можно обеспечить надежную профилактику суицида?

Общее разъяснение проблем суицидальности в медицине и исключение дискриминации лиц, совершивших попытку самоубийства; ранняя диагностика угрозы суицида; профилактика суицида с помощью организации клубов встреч, консультаций и «телефона доверия».

33

114. Каков круг вопросов, входящих в компетенцию психиатра-консультанта, сотрудничающего с врачами других специальностей?

Психиатр-консультант ставит перед собой терапевтические задачи, связанные с психобиологическими сопутствующими феноменами органических заболеваний, психосоматическими заболеваниями в узком смысле, с поддержкой хронических больных и умирающих.

115. Каковы важнейшие этапы процесса консультирования?

Оформление заявки на проведение консультации, содержащей сведения о пациенте и вопросы, которые поставлены перед консультантом. Беседа с лечащим врачом в отделении больницы, с персоналом, осуществляющим уход, и получение информации о соматическом состоянии больного; беседа с пациентом; набросок стратегии лечения; информирование больного, лечащего врача и персонала, контроль эффективности назначенного лечения.

116. В какой мере психическое состояние пациента перед операцией определяет послеоперационное течение?

Общепризнано: чем лучше предоперационная мотивация пациента и чем менее он испытывает страх, тем ниже уровень послеоперационных осложнений.

117. Каким образом распознаются ошибочные показания для оперативного вмешательства, и как их предотвратить?

Необходима перепроверка показаний при участии психиатра-консультанта, например при жалобах на боли в нижней части живота у женщин и у общехирургических пациентов, нуждающихся в операции.

118. Каковы характеристики эмоциональной динамики у умирающих?

Вслед за желанием умереть появляется страх расставания, борьба с предстоящими утратами, скорбь о потерях, а затем примирение и осознание предстоящей смерти.

34*119. В каких неотложных случаях, обусловленных ситуацией, целесообразна кризисная психотерапия, и как следует поступать в каждом отдельном случае?*

Во всех случаях психических кризов, протекающих со страхом, агрессивностью, депрессией, суицидальными действиями, необходимо установить с пациентом доверительные отношения, выяснить содержание кризисной ситуации и ее значение для пациента, раскрыть неосознанные мотивы, мобилизовать положительные возможности их преодоления, привлечь к участию членов семьи и близких, определить стратегию лечения, преодолеть кризис. Число визитов к больному ограничить четырьмя.

120. Терапия при абстинентном синдроме после лишения пациента алкоголя, медикаментов, наркотиков.

«Talk down», назначение Distraneurin или Haldol.

121. Какие возможности начальной медикаментозной помощи используются при состояниях острого психического возбуждения?

Главное правило: при неуточненной причине показан Haldol в связи с тем, что опасность осложнений при его применении минимальна; необходима госпитализация. При шизофренических, кататонических и маниакальных состояниях — высокие дозы Haldol в сочетании с Neurocil. При органических психозах, особенно у людей преклонного возраста — Haldol дозировать с осторожностью или назначать Distraneurin; при ажитированных депрессивных психозах — Saroten.

122. По какому принципу подразделяются нейролептики?

По химической структуре и по нейролептическому потенциалу. Химическая характеристика: в основном речь идет о производных фенотиазина и бу-

тирофенона. По клиническому действию и побочным явлениям различают препараты с высоким потенциалом и низким потенциалом. Нейролептики с низким потенциалом обладают более выраженным седативным эффектом.

123. Каким общим действием на психику обладают нейролептики?

Они снижают психическое напряжение, снимая остроту побуждений. Благодаря аффективному расслаблению происходит дезактивация психотических переживаний.

124. Какими побочными действиями обладают нейролептики?

Важнейшими являются экстрапирамидные, вегетативные, соматические и психические осложнения. В экстрапирамидных двигательных побочных явлениях различают ранние и поздние дискинезии.

125. Возможны ли при применении нейролептиков длительные осложнения?

Да. Следует опасаться развития поздних дискинезий. Они выражаются в неконтролируемых движениях мышц рта и лица в целом, нарушениях движений конечностей и тела, сходных с хореей. Эффективная терапия этих осложнений в настоящее время неизвестна.

126. Какие медикаменты применяются для длительного лечения больных шизофренией?

В принципе, для этой цели пригодны все нейролептики. Но наибольшее предпочтение отдается препаратам с пролонгированным действием, которые применяются в форме инъекций с промежутками в 1–4 недели.

35–36

127. При каком показателе уровня интеллекта (IQ) можно говорить об умственной отсталости?

Ниже 70.

128. О каких этиологических причинах можно говорить при тяжелых формах слабоумия с IQ ниже 70?

Об органическом поражении головного мозга.

129. Назовите причины резко выраженного слабоумия.

Приобретенное повреждение родительских зародышевых клеток, несовместимость Rh-фактора у родителей, пренатальные инфекции, родовые травмы, дефекты развития мозга и черепа.

130. Как распределяется частота тяжелых и легких форм слабоумия в разных слоях общества?

Тяжелая форма слабоумия распределяется равномерно в разных слоях общества. Более легкие формы чаще встречаются в низших слоях общества.

131. С какими организациями следует вступать в контакт, когда речь идет о необходимости обучения слабоумных?

Со школьно-психологической службой «Помощь в жизни» («Lebenshilfe»).

132. Какую пробу можно провести в амбулаторных условиях с целью ранней диагностики фенилкетонурии?

Определение фенилпировиноградной кислоты в моче.

133. Как оценивается частота монголизма среди новорожденных?

Примерно 1 на 600.

134. Как проводить консультацию родителей, если у ребенка определено слабоумие?

Необходима ранняя информированность родителей; умение склонить родителей принять ребенка таким, каков он есть; далее необходимо следить за обеспечением разгрузки родителей, здоровых братьев и сестер, помещая на время больного ребенка в стационарное или полустационарное учреждение, специализирующееся на проведении лечебно-педагогической работы.

37

135. Каков основной синдром острого психоорганического синдрома?

Помрачение сознания, нарушение уровня бодрствования, дезориентированность, расстройства запоминания.

136. Каковы характерные признаки хронического психоорганического синдрома?

Снижение личности; снижение интеллекта (слабоумие).

137. Опишите поведение больного с лобным синдромом.

Эйфоричная беспечность, потеря чувства такта, потеря чувства дистанции, отсутствие умения планировать, потеря этических нормативов.

38

138. Чем отличается психопатологическая симптоматика *contusio cerebri* от симптоматики *commotio cerebri*?

Более длительной потерей сознания; затяжной, мало поддающейся обратному развитию ретроградной амнезией; преходящим синдромом; очаговыми неврологическими симптомами.

139. Через какой промежуток времени можно рассчитывать на излечение без дефекта диагностированного прогрессирующего паралича после проведенного курса лечения пенициллином?

Через три месяца.

39

140. Какое содержание заложено в термин «преходящий синдром»?

Эпизодический органический психосиндром, появляющийся во время или после черепно-мозговой травмы. Он характеризуется острой психоорганической симптоматикой с возможными психотическими проявлениями и может возникать повторно в период реконвалесценции, т. е. в период выхода из бессознательного состояния или других видов расстройства сознания.

141. Какие психологические процессы могут лежать в основе состояний паники, возникающих в послеоперационном периоде или в процессе проведения интенсивной терапии?

Реальный страх смерти; страх перед насильственными действиями; потеря чувства собственного тела; ущемление основных нарциссических потребностей.

40

142. Какие особенности личности предрасполагают женщин к развитию послеродовых психозов?

Инфантильность; шизоидные черты; скованность.

143. Какие типы психозов развиваются в перинатальном периоде?

Острые органические психозы (эклампсия, пуэрперальные инфекции), депрессии психотического уровня; шизофрении.

144. Какие эмоциональные установки рожениц влияют на манифестацию и течение послеродовых кризов?

Осознанное или неосознанное нежелание иметь ребенка, конфликты с супругом.

41

145. Какие расстройства психики, связанные с эпилепсией, могут появляться у больных эпилепсией?

Расстройства настроения, приступообразные, сходные с абстинентными формы самовыражения, амнестические и постамнестические психозы, шизофреноподобные психозы, эпилептическое слабоумие.

146. Как характеризуется личность и психодинамика больных эпилепсией?

Для них характерна патологическая переработка агрессивных импульсов на фоне нарушений развития личности (развития «Я»).

147. Каковы возможности терапии больных эпилепсией с нарушениями психики?

В зависимости от клинической картины расстройств психики может быть показана индивидуальная глубиннопсихологическая терапия, групповая или семейная терапия, участие в группах самопомощи, ступенчатая социотерапия, психофармакотерапия.

42

148. Что составляет основу дефицитарной теории старения, каковы ее выводы?

Дефицитарная модель представляет старение как процесс утраты и разрушения эмоциональных и интеллектуальных способностей и ограничение социальной компетентности. Она приводит к отрицательному стереотипу старости, что, в свою очередь, ведет к пренебрежению диагностическими и терапевтическими возможностями при старческих заболеваниях и создает образ старого человека как бесполезного и обременительного для общества.

149. Каков круг задач геронтологии и какие последствия имеют ее выводы для оценки отрицательного старческого стереотипа?

Геронтопсихиатрия исследует процесс старения, в частности наступающие в старости изменения поведения и переживаний, изменения восприятий, умственных способностей и возможностей памяти. Она изучает снижающиеся способности, но обращает внимание также на возможности развития и положительные особенности поведения, которые позволяют старым людям приспособиться к новым, специфическим ролям и функциям. Их результаты позволяют корректировать отрицательный образ старого человека и находить правильные решения в области терапии и реабилитации старых людей.

150. Расскажите коротко о специфических патогенных конфликтах, характерных для преклонного возраста.

Переживание потерь, ограничение в осуществлении профессиональных и социальных функций, переживания, связанные с изменением соматического благополучия, противостояние окончанию своего существования, противостояние смерти.

43

151. Опишите симптоматику органически обусловленных старческих психозов.

Снижение личности, хронический амнестический синдром (с нарушением внимания, дезориентированностью, конфабуляциями), снижение интеллекта (деменция) как проявление недостаточности работоспособности мозга.

152. Назовите основные типы состояний, вызванных органическим деструктивным процессом в старости.

Преждевременные состояния псевдоневрастического истощения, патологическое развитие личности по органическому типу, сенильная деменция типа Альцгеймера, деменция, обусловленная повторными инфарктами.

153. Укажите различия в клинической картине постинфарктного и старческого слабоумия и слабоумия типа Альцгеймера.

Старческое слабоумие характеризуется медленным началом, постепенным развитием, прогрессирующим снижением личности, редкими жалобами на соматические расстройства, отсутствием очаговой неврологической симптоматики в течение длительного времени и расширением ликворного пространства, чаще обнаруживаемого при компьютерной томографии. Постинфарктная деменция начинается внезапно, протекает скачкообразно, переменчиво, личность сохраняется дольше. Часто наблюдаются депрессивная настроенность и аффективная лабильность. Кроме того, в анамнезе можно обнаружить гипертонию и симптомы атеросклероза. Появляются разнообразные неврологические симптомы выпадения. На компьютерной томографии обнаруживаются инфаркты.

154. Назовите причины спутанности в старости.

Соматические заболевания, психические травмы, внезапные изменения в окружающей обстановке (условиях жизни), стрессовые ситуации, сужение сознания.

44

155. Какие обстоятельства приобретают в старости важную роль для появления психических расстройств?

Социальные факторы (изоляция, ограничения в общественном положении, утрата роли), психотравмирующие факторы (дезинтеграция потребностей, болезни, ограничение возможностей в развитии взаимоотношений, предрасположение, заключенное в особенностях личности, соматические заболевания и изменения).

156. Опишите симптоматику и обусловленность параноиды «дефицита общения».

Бредовое толкование соматических и социальных ограничений, налагаемых отдельными лицами, близкими пациенту и живущими по соседству (отравляющие газы, гипнотизирующие манипуляции, облучение; часто наблюдаются бредовые идеи, связанные с воздействием на половые органы, враждебность и агрессивные выпады против предполагаемых врагов). Этот синдром обусловлен изоляцией и утратой контактов.

157. Каковы особенности депрессивных синдромов у лиц преклонного возраста?

На передний план выступают переживания утраты и ограничений, многоплановые жалобы на соматические нарушения, ипохондрические опасения, часто отмечается истерическая структура жалоб.

45

158. Какие правила следует соблюдать при назначении психофармакологических препаратов лицам преклонного возраста?

Следует назначать половинную дозу по сравнению с той, которая назначается больным среднего возраста. Все побочные явления, специфические для фармакологических препаратов, у больных преклонного возраста наступают чаще. Перекрестное взаимодействие препаратов наблюдается как правило. Необходимо учитывать изменение чувствительности тканей, пониженную сопротивляемость.

159. Какие опасности следует учитывать при назначении больным преклонного возраста нейролептиков и транквилизаторов?

Экстрапирамидные двигательные расстройства появляются уже на ранней стадии лечения и при низких дозах нейролептиков. Транквилизаторы, благодаря своему снотворному действию, могут обусловить нарушения кровообращения и недостаточное кровоснабжение мозга, а притупление сознания и мышечная релаксация обуславливают неуверенность при стоянии и ходьбе и создают опасность падения.

160. Назовите первоочередные цели психотерапии, применяемой у престарелых.

Поддержка (поддерживающая терапия); создание предпосылки для безболезненного преодоления конфликта, связанного с возрастными ограничениями, переработка ситуации одиночества, установка на создание терпимых межличностных отношений.

161. Какие стационарные учреждения социальной помощи следует иметь в виду в рамках геронтопсихиатрической терапии?

Привлечение членов семьи к лечению больного; полное использование возможностей внебольничного оказания помощи (доставка на дом больному еды в готовом виде, отделения социальной помощи и др.), дневные стационары, отделения для дневного пребывания, амбулаторные группы, помощь прикрепленного социального работника для решения жилищных и социальных проблем.

46

162. На каких терминологических уровнях идет речь о депрессии?

На симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом.

163. Представьте в общих чертах классификацию депрессивных синдромов.

По характеру проявлений: заторможенно-апатические, ажитированно-фобические и ларвированные депрессии. В нозологическом плане: соматогенные, эндогенно-психотические и психогенные депрессии.

164. Опишите условия возникновения и причины депрессивных расстройств.

Генетические факторы, соматические причины, психо-социальные условия (утрата, болезнь, чрезмерные требования, разгрузка).

47

165. Назовите формы психогенных депрессивных состояний.

Реактивные (ситуационно-реактивные, психореактивные) депрессии; депрессивное развитие (депрессия истощения); депрессивные личности и невротические депрессии.

166. Опишите структуры личности депрессивно-невротического характера.

Постоянный пессимизм; восприятие жизни и окружающего мира, определяемое страхами и сомнениями; поведение, обусловленное всеобъемлющими и чрезмерными требованиями к себе, которые исключают проявления несостоятельности или агрессии; трудности при необходимости сказать «нет»; поведение, исключающее конфликты.

167. Какие вам известны критерии разграничения невротической и эндогенной депрессий?

В пользу эндогенной депрессии говорят: течение в форме фаз, колебания состояния в течение дня, витальные симптомы и специфическая преморбидная структура личности. Диагноз невротической депрессии предусматривает необходимость доказать наличие соответствующих конфликтных структур.

48*168. С какими психическими расстройствами протекает эндогенная депрессия?*

Аффективные расстройства (тоска, безнадежность, блокада чувств), нарушения мышления, психомоторная заторможенность или ажитированность, витальные расстройства.

169. Каковы бредовые сюжеты при меланхолии?

Бред виновности, бред греховности, бред обнищания, нигилистический бред, ипохондрический бред.

170. Какие нарушения указывают на ларвированную депрессию?

Отсутствие психических (аффективных) нарушений, многообразные соматические симптомы, относящиеся к различным органам и системам органов: головные боли, чувство сдавленности горла, недостатка воздуха, неприятные ощущения в области сердца, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта.

171. Что может помочь оценить риск суицида у депрессивного больного?

Суицидальные мысли, намерения и приготовления — в анамнезе; сужение сознания; чувство бесцельности существования, оценка своего положения как безнадежного; потеря связей, мысленное переживание катастроф.

49*172. Какие аспекты должен учитывать план лечения больных депрессией?*

Соматотерапевтические, психотерапевтические и социотерапевтические мероприятия в зависимости от депрессивного синдрома и степени тяжести симптомов.

173. Перечислите основные правила применения психофармакологических препаратов при депрессиях.

Депрессии с заторможенностью требуют применения антидепрессантов типа имипрамина (стимулирующих побуждения, активизирующих психомоторную сферу); при тревожно-ажитированных депрессиях показаны препараты типа амитриптилина (успокаивающие, снимающие напряжение и страх); для чрезмерно беспокойных, охваченных страхом больных рекомендуется временно комбинировать антидепрессанты с нейролептиками или препаратами атактического действия.

174. В каких случаях депрессивный больной нуждается в стационарном лечении?

Неэффективность антидепрессантов, выраженная суицидальность, недостаточная приспособляемость к социальным условиям, необходимость дать передышку членам семьи больного.

50

175. Опишите симптомы маниакального синдрома.

Стремление к деятельности, гиперактивность, повышенная психомоторная активность, «скачка идей», приподнятое настроение.

176. При каких клинических картинах наблюдаются маниакальные синдромы?

При биполярных аффективных психозах; при монополярных периодических маниях в рамках шизофрений и шизоаффективных психозов; при органических заболеваниях головного мозга (опухоль мозга, прогрессивный паралич); вследствие интоксикации лекарственными препаратами.

177. Как строится медикаментозная терапия и профилактика маниакального заболевания?

Лечение сильнодействующими нейролептиками (Haldol), при необходимости дополнительно назначаются мягкодействующие нейролептики, обладающие седативным эффектом. В состоянии обострения и в качестве профилактики — соли лития.

51

178. Что вам известно об употреблении термина «шизофрения»?

Термин «шизофрения» впервые введен О. Бойлером в 1908 г. Он сменил употреблявшееся ранее (с 1896 г.) Крепелином понятие *Dementia praecox*. Бойлер расширил понятие «шизофрении» и распространил его на те случаи, которые манифестируют не как «преждевременные (ранние)» и не приводят к формированию слабоумия.

179. По данным К. Шнайдера, шизофрению можно диагностировать, когда налицо симптомы первого ранга и отсутствует основное соматическое заболевание. Назовите некоторые симптомы первого ранга.

Участвующие в беседе и комментирующие голоса, внедрение чужих мыслей, отбирание собственных мыслей, постороннее воздействие на собственную волю, бредовое толкование.

180. Какие два типа структуры шизофрении различают в повседневной психиатрической практике?

Острые и хронические формы шизофрении. Острые формы протекают с плюс-симптоматикой, хронические — преимущественно с минус-симптоматикой.

181. Что понимают под термином минус-симптоматика?

Отсутствие влечений; аффективный и социальный «отход»; обеднение лексикона; в известной мере — шизофренные нарушения мышления.

182. Что вы знаете о динамике шизофренных расстройств?

Наблюдается значительное разнообразие форм течения. Только в 1/3 случаев наблюдается неблагоприятный исход. Около 20 % всех больных шизофренией излечиваются. Почти в половине случаев улучшение состояния наступает через много лет.

52

183. *Что вы знаете об этиологии и патогенезе шизофренических заболеваний?*

Шизофрения является заболеванием, которое вызывается множественными этиологическими факторами, среди которых решающую роль играют как наследственность, так и факторы окружающей среды.

184. *К каким выводам подталкивают обследования близнецов и приемных детей с целью выяснения роли наследственных факторов в возникновении шизофрении?*

Результаты обследований указывают на то, что наследственные факторы играют важную роль. С другой стороны, заболевают одновременно только около 50 % однояйцевых близнецов. А это свидетельствует о значительном участии внешних факторов в развитии шизофренических расстройств.

185. *Что подразумевают, говоря о «гипотезе ранимости»?*

Пациенты, страдающие шизофренией, особым образом ранимы, т. е. они обладают пониженной толерантностью в отношении стрессов по сравнению со здоровыми. Это обстоятельство необходимо учитывать в процессе лечения.

186. *Назовите некоторые «пусковые» факторы, имеющие значение для манифестации шизофрении.*

В связи с ранимостью больных шизофренией практически любые жизненные обстоятельства могут сыграть роль повода. Сюда же могут быть отнесены не только такие отягчающие факторы, как болезнь, утрата близкого человека, но и положительные события: поощрения, любовные отношения. Шизофренический психоз также может быть обусловлен снижением лечебной дозы нейролептика или непосильной для больного реабилитационной программой.

53

187. *Каковы важнейшие методы лечения больных шизофренией?*

Социотерапия и соматотерапия. Первая применяется в основном для лечения пациентов с хроническим течением болезни; соматотерапия — преимущественно в острой фазе, когда она более эффективна, чем при хроническом течении.

54–58

188. *Имеют ли терапевтические сообщества самостоятельные методы лечения?*

Нет. Они пытаются создать терапевтический климат, в котором различные виды социо-, психо- и соматотерапии могут применяться с большим успехом.

189. *Где могут создаваться терапевтические сообщества?*

Во всех стационарных психиатрических учреждениях со средним сроком содержания больных не менее двух месяцев и с относительно постоянным персоналом, принимающим участие в лечебном процессе. Исключение составляют специальные учреждения для олигофренов, больных со старческим слабоумием и больных с острыми экзогенными психозами.

190. *Какие принципы лежат в основе работы терапевтических содружеств?*

Терапевтическое содружество противопоставляет ригидной, авторитарной структуре открытое для дискуссий специализированное объединение, в котором активное участие в проведении терапии принимают не только все

сотрудники, но и пациенты, которые несут ответственность за сотрудничество и терапию.

191. Какие опасности могут появиться в ходе развития терапевтического сообщества?

1) Растворение профессиональных ролей и дистанции между лечащим врачом и пациентом.

2) Запутанность взаимоотношений между обслуживающим персоналом и пациентами при обсуждении собственных аффективных проблем и отрыв от реальности.

3) Бюрократизация вновь создаваемых формирований (собеседования с персоналом, оборудование отделений, формирование терапевтических групп).

4) Недооценка конфликтов за власть между представителями властных структур и «окостенение» этих конфликтов в форме непродуктивного противостояния.

5) Недостаточный учет личных интересов членами сообщества, требование выполнения дополнительных работ без вознаграждения, аффективно окрашенные, чрезмерно завышенные требования и т. д.

192. Какие вам известны возможности выявления потребности в психиатрической и психотерапевтической помощи?

Информация населения о практикующих врачах и врачах-специалистах, о психиатрических больницах и учреждениях социальной помощи, статистические разработки специализированных служб о числе зарегистрированных случаев и результатах эпидемиологических исследований.

193. Какие отрицательные последствия имеет недостаток сотрудничества между амбулаторной и стационарной помощью?

Он может привести к тому, что каждый из видов помощи занят лечением различных контингентов больных, которые пересекаются только частично. Значительная часть больных, выписанных из стационара, не обращается по своей инициативе за помощью к практикующим врачам.

194. Какой недостаток имеет тот факт, что психиатрические больницы часто рассчитаны более чем на 500 мест?

Прикрепленные территории настолько обширны, что расстояние между местом проживания больного и его близких и больницей часто очень велико. Наблюдение за больными после их выписки амбулаторными и вспомогательными отделениями затруднено из-за недостаточных возможностей кооперации между ними.

195. Назовите некоторые основные положения нового порядка организации психиатрической и психотерапевтической помощи в ФРГ.

Профилактика; просветительная работа с населением; самопомощь до помощи со стороны; доступность психиатрических и психотерапевтических служб, равных по эффективности возможностей; осуществление координации терапевтических возможностей; преемственность в смысле «цепочки лечения»; правовое равенство психически и соматически больных.

196. Какое значение имеет для психиатрических учреждений так называемая «обязательная помощь»?

Только обязательство взять на себя ответственность за оказание лечебной помощи всем жителям определенного региона исключает ограничение контингента и передачу наиболее «неудобных», тяжелых больных или больных, неперспективных в плане достижения лечебного эффекта.

197. Какие существуют амбулаторные психиатрические службы, организационно связанные со стационаром? Каковы их задачи?

Амбулатории при больницах («внебольничная помощь») и социально-психиатрические службы (чаще существующие при коммунальных отделах здравоохранения). Их задачи: наблюдение за больными после выписки из стационара в тех случаях, когда предлагаемые внебольничной службой методы неэффективны. Профилактика, особенно помощь в кризисных ситуациях с целью избежать госпитализации. В случае необходимости — помещение в полустационары и лечебные стационары, применение неотложных мер (например, участие в недобровольной госпитализации в закрытое психиатрическое учреждение). Предоставление социальной помощи и помощи в реабилитации. Сотрудничество с другими психосоциальными службами и оказание консультативной помощи.

198. Какие виды неврачебной помощи в области психиатрии вы знаете?

Объединения медицинских сестер и медицинских санитаров (имеющих дополнительное социально-психиатрическое образование), социальные работники, специалисты по трудовой терапии и терапии занятости, инструкторы по лечебной гимнастике, психологи.

199. Чем отличаются соматические расстройства от психических?

Соматические нарушения ограничивают выполнение физических задач; психические — выполнение социальной роли; их возникновение и течение находятся в прямой связи с социальными условиями. При психических расстройствах, в противоположность соматическим, нельзя рассчитывать на кардинальное восстановление функций при улучшении состояния; они в значительной мере зависят от течения заболевания и поэтому подвержены колебаниям. Лица с психическими расстройствами, в отличие от больных с соматическими заболеваниями, воспринимаются обществом не так однозначно, не так сочувственно и получают меньше спонтанной помощи.

200. Какое содержание вкладывают в понятие «ступенчатая реабилитация»?

Инвалиду по психическому заболеванию необходимо давать постепенно возрастающие нагрузки, для того чтобы он, ориентируясь на достигнутые успехи, был максимально подготовлен к их выполнению. При этом необходимо постоянно предоставлять больному все большую самостоятельность на различных уровнях (например, в жилищных условиях, работе, организации своего досуга), создавать ступенчатый переход от клиники к промежуточному проживанию в пансионате, потом в жилищном объединении под амбулаторным наблюдением, не предъявляя к больному чрезмерных требований, которые могут способствовать рецидиву болезни.

201. Какое содержание вкладывается в термин «госпитализм/институционализм»?

Подразумеваются типичные изменения личности, такие, как несамостоятельность, пассивность, аффективная уплощенность и инфантилизм в поведении, как это описывается в отношении обитателей «тотальных больниц».

Типичными признаками таких учреждений являются особенно большие размеры, закрытость от окружающего мира, иерархическое распределение ролей, тренировка с целью пунктуального выполнения правил обитателями отделения, лечащими врачами, персоналом, осуществляющим уход, и ожидание новых распоряжений «сверху», определяющих нормы.

59

202. Какие психические состояния, если они имели место в момент совершения противоправного деяния, подпадают под действие § 20 StGB?

Острые психозы: резко выраженные шизофренические и психоорганические изменения личности; выраженная олигофрения; тяжелые психореактивные расстройства сознания; тяжелые невротические развития, если деяние непосредственно связано с мотивами, обусловленными этими расстройствами.

203. С какого возраста наступает уголовная ответственность?

С 14-летнего возраста.

204. Какие формальности необходимо выполнить, если вы предпринимаете помещение в психиатрическую больницу больного, представляющего непосредственную опасность для себя или для окружающих?

Обосновать необходимость, оповестить больницу, чтобы коллега, принимающий больного, мог со своей стороны обосновать необходимость приема и известить органы правопорядка и суд.

60

205. Почему родственникам психиатрических пациентов рекомендуют не спешить с заявлением о назначении опеки?

Потому что в большинстве случаев достаточно защиты интересов больного (назначение обязательного лечения и ухода) с меньшими юридическими сложностями, а также потому, что учреждение опеки является мерой, входящей в регистр Уложения о наказаниях.

206. Может ли опекун по своему собственному усмотрению или желанию поместить подопечного в закрытое отделение психиатрической больницы?

Нет. Госпитализация, которая связана с лишением свободы, может быть осуществлена только с разрешения опекунского суда.

207. Может ли быть назначена опека без согласия больного, совершившего правонарушение?

Если взаимопонимание с больным не может быть достигнуто (в смысле § 104 BGB), то должна быть установлена недееспособность пациента.

61

208. Назовите «три столпа» нашей системы социальных гарантий.

- 1) Страхование;
- 2) обеспечение;
- 3) социальная помощь.

Страхование обеспечивается в основном взносами застрахованных, а обеспечение и социальная помощь — доходами от налогообложения населения.

209. *Какими двумя принципами руководствуется эта «разделенная на звенья система»?*

Принцип причинности ставит вопрос о причине возникновения «случая риска» и является определяющим для установления лица или организации, которые должны взять на себя обеспечение помощи больному. Принцип завершенности предполагает предоставление государственной социальной помощи, так как выявлен «случай риска», при котором предоставляется равная помощь, независимо от причины наступления инвалидности.

210. *Что имеют в виду, когда говорят, что социальная помощь субсидируется?*

Это означает, что социальная помощь является ступенчатой, т. е. она предоставляется только тогда, когда нет другого органа, берущего на себя эти обязанности, и не может быть привлечена структура, обязанная осуществлять поддержку больного.

211. *Равны ли перед законом психически больные и соматически больные?*

К сожалению, нет. Это видно уже по тому, что на оплату психотерапевтического лечения должен сначала поступить запрос и на ее проведение должно быть получено согласие еще до начала лечения. При проведении соматических методов лечения это не требуется. На уровне органов управления неравенство в обеспечении лечения видно по тому, что во многих многопрофильных больницах отсутствуют психиатрические отделения. Закон о реформе здравоохранения (GRG) не только не утвердил равного положения для психически больных в области законодательного страхования от болезни, но еще больше подчеркнул неравенство их с соматическими больными.

Предметный указатель

А

Абсанс (Absencen) 279
Абстиненция (Entzugserscheinung) 243
Агнозия (Agnosie) 299
Агорафобия (Agoraphobie) 105
Агрессивный конфликт (Aggressionskonflikt) 227
Агрессия (Aggression) 118
Агрессия, направленная на себя (Frustrations-aggression) 159
Ажитированность (Agitiertheit) 323, 337
Алкоголь (Alkohol) 195
Алкогольная зависимость (Alkoholabhängigkeit) 197, 199, 204
Алкогольное опьянение (Alkoholrausch) 244
Алкогольный галлюциноз (Alkoholhalluzinose) 208
Аменция (Amentia) 260
Амины пробуждения (Weckamine) 243
Амнезия (Amnesie) 266
Амфетамин (Amphetamin) 195, 217
Анализ взаимодействий (Transaktionsanalyse) 151
Анализ характера (психоаналит.) (Charakter-analyse) 138
Анальная фаза (Anale Phase) 93
Анестезия, эмоциональная (Anästhesie, emotionelle) 241

Анксиолитики (Anxiolytika) 195
Антидепрессанты (Antidepressiva) 248, 313, 345
Апаллический синдром (Apallisches Syndrom) 262
Апраксия (Apraxie) 300
Асоциальность (Dissozialität) 85
Аспергера синдром (Asperger-Syndrom) 67
Астма бронхиальная (Asthma bronchiale) 129
Аутогенная тренировка (Autogenes Training) 136
Аутодеструктивность (Autodestruktivität) 340
Афазия (Aphasie) 301
Аффективный синдром (Affektives Syndrom) 320

Б

Барбитурат (Barbiturat) 217
Беременность, душевные расстройства (Schwangerschaft, seelische Störungen) 274
Биологическая обратная связь (Biofeedback) 147
Биоэнергетика (Bioenergetik) 135, 151
Бодрствование (Wachheit) 260
Болевой синдром, психогенный (Schmerzsyndrom, psychogenes) 101
Болезнь Альцгеймера (Alzheimersche Krankheit) 299
Болезнь Альцгеймера (Morbus Alzheimer) 298
— Крона (Crohn) 125
— Кушинга (Cushing) 271
— Паркинсона (Parkinson) 300

Болезнь Пика (Picksche Erkrankung) 300
 Болезнь навязчивостей, злокачественная (Zwangs-
 krankheit, maligne) 65
 Больница для безумных (Irrenanstalt) 19
 Большая депрессия (Major depression) 336
 Большой припадок (Grand mal) 279
 Бред греховности (Versündigungswahn) 337
 Бред обвиняния (Verarmungswahn) 337
 Бред ревности, алкогольный (Eifersuchts-
 wahn, alkoholischer) 208
 Бредовое восприятие (Wahnwahrnehmung) 361
 Бредовой приступ (Wahneinfall) 363
 Бригада (команда) (Team) 402

В

Вагинизм (Vaginismus) 174, 179
 Вернике энцефалопатия (Wernicke-Enzephalo-
 pathie) 207
 Вестфаль-Штрюмпеля болезнь (Westphal-
 Strumpellsche Erkrankung) 300
 Вещество для нюхания (Schnuffelstoff) 217
 Взаимный перенос (Gegenübertragung) 137
 Взаимодействие, сконцентрированное на из-
 бранной теме (Themenzentrierte Interaktion)
 151
 Вильсона болезнь (Wilsonsche Erkrankung) 299
 Вирусный энцефалит (Virusenzephalitis) 269
 Влечение (Sucht) 59, 192
 Влечение к смерти (Todestrieb) 227
 Вложение чужих мыслей (Gedankeneingebung)
 362
 Вменяемость (Schuldfähigkeit) 424
 Внимание (Merkfähigkeit) 262
 Внимание бодрствующее (Vigilanz) 260
 Врачи-психоневрологи (Nervnarzte) 392
 Вуаеризм (Voyeurismus) 189
 Выгода от болезни, вторичная (Krankheitsgewinn,
 sekundärer) 149
 Вытеснение (Verdrängung) 92

Г

Галактоземия (Galaktosämie) 257
 Галлюцинации общего чувства (Leibhalluzi-
 nation) 362
 Галлюцинации, слуховые (Halluzination, akus-
 tische) 361, 363
 Галлюциногены (Halluzinogene) 195, 218, 224,
 247
 Галлюциноз (Halluzinose) 262
 Гарантии (безопасности) (Garantenpflicht) 232
 Гашиш (Haschisch) 218, 219, 247
 Героин (Heroin) 218
 Геронтопсихиатрия (Gerontopsychiatrie) 286,
 290
 — когнитивный психотерапевтический метод
 (kognitives Psychotherapieverfahren) 316

— метод поведенческой психотерапии (ver-
 haltenstherapeutisches Verfahren) 316
 — психо- и социотерапия (Psycho- u. Sozio-
 therapie) 315
 Гештальт-терапия (Gestalttherapie) 136, 149
 Гипервентиляция, синдром (Hyperventilations-
 syndrom) 133
 Гиперопека, компенсаторная (Overprotection,
 kompensatorische) 122
 Гипертиреоз (Hypertyreose) 271
 Гипертония, эссенциальная (Hypertonie, essen-
 tielle) 133
 Гипогликемия, идиопатическая (Hypoglykämie,
 idiopathische) 257
 Гипотеза двойной связи (Double-bind-Hypothese)
 368
 Гипотиреоз (Hypothyreose) 271
 Гипофизарная недостаточность (Hypophysen-
 insuffizienz) 272
 Глухонмота (Hörstummheit) 63
 Голоса, участвующие в диалоге (Stimmen,
 dialogische) 362
 — императивные (imperative) 362
 — комментирующие (kommentierende) 362
 Гомосексуализм (Homosexualität) 191
 Городской приют (ночлежный дом) (Stadtasy-
 le) 390
 Госпитализация (Einweisung) 427
 Госпитализация недобровольная (Unterbrin-
 gung) 430
 Госпитализм (Hospitalismus) 60, 409
 Группа самопомощи (Selbsthilfegruppe) 283
 Групповая психотерапия (Gruppenpsychothera-
 pie) 137, 140
 — основанная на глубиннопсихологическом
 подходе (tiefenpsychologisch fundierte) 145
 Групповая работа (Gruppenarbeit) 410

Д

Дауна синдром (Down-Syndrom) 257
 Дебильность (Debität) 252
 Делирий (горячка) (Delir) 247, 259, 263
 Деперсонализации, синдром (Depersonalisa-
 tionssyndrom) 100, 104
 Деперсонализация (Depersonalisation) 84
 Депо-нейролептики (Depotneuroleptika) 379
 Депрессивная личность (Persönlichkeit, depres-
 sive) 328, 330
 Депрессивная реакция (Depressive Reaktion)
 328
 Депрессивный синдром, возникновение (De-
 pressives Syndrom, Entstehung) 327
 — детского возраста (Kindesalter) 72
 — психотерапия (Psychotherapie) 352
 — риск суицида (Suizidrisiko) 353
 — частота (Häufigkeit) 324

Депрессия (Depression) 320
 — анаклитическая (anaklitische) 59
 — вегетативная (vegetative) 345
 — заторможенная (gehemmte) 346
 — классификация (Klassifikation) 320
 — ларвированная (маскированная) (larvierte) 336
 — невротическая (neurotische) 100, 109, 331, 334, 355
 — психотическая (psychotische) 338
 — симптоматическая (symptomatische) 344
 — соматогенная (somatogene) 344
 — фармакогенная (pharmakogene) 379
 — частота (Häufigkeit) 334
 — экзистенциальная (existentielle) 344
 — эндогенная (endogene) 335
 — диагноз (Diagnose) 343
 — дифференциальный диагноз (Differentialdiagnose) 343
 — заболеваемость (Morbidity) 340
 — наследственность (Heredität) 340
 — прогноз (Prognose) 338
 — течение (Verlauf) 338
 — факторы, вызывающие (auslösende Ereignisse) 341
 Депрессия истощения (Erschöpfungsdepression) 330
 Депрессия с отчуждением (Entfremdungdepression) 336
 Депрессия с «причитаниями» (Jammerdepression) 337
 Депривационная депрессия (Deprivationsdepression) 71
 Депривация, эмоциональная (Deprivation, emotionale) 71
 — сенсорно-социальная (sensorisch-soziale) 40
 Детская и подростковая психиатрия (Kinder- und Jugendpsychiater) 416
 Детское слабоумие Хеллера (Infantile Demenz Heller) 300
 Диагноз, психиатрический (Diagnose, psychiatrische) 43, 48
 Диагностика слабоумия (Demenzdiagnostik) 301
 Диада мать—дети (Mutter-Kind-Dyade) 64
 Динамика конфликта (Konfliktodynamik) 91
 Диссоциативные расстройства (Dissoziative Störung) 104
 Диссоциация (Dissoziation) 92
 Долгительно наблюдаемые пациенты (Langzeitpatienten) 385
 Дневное колебание (Tagesschwankung) 323, 336
 Дневной стационар (Tagesklinik) 389, 399
 Дневной стационар для престарелых (Altenstagesstätte) 318
 Дрожательный паралич (Paralysis agitans) 300

ДСМ III (Диагностико-статистическая классификация психических расстройств) (DSM III) 33, 50

Ж

Желание смерти (Todeswunsch) 227
 Желание, сексуальное (Verlangen, sexuelles) 167, 177
 Жилищные объединения (Wohngemeinschaften) 394
 Жилья де ля Туретта синдром (Gille-de-la-Tourette-Syndrom) 64
 — тик в форме мигания (Blinzeltick) 64

З

Заболевания несколькими болезнями (Multimorbidität) 287
 Заболевания вследствие алкоголизма (Alkoholfolgeerkrankung) 210
 Заброшенность (Verwahrlosung) 85
 Зависимость (Abhängigkeit) 192
 — выраженная (manifeste) 119
 — профилактика (Prävention) 203
 Задержка эякуляции (Ejakulationshemmung) 176
 Заикание (Stottern) 64
 Закон о реабилитационном выравнивании (Rehabilitationsangleichungsgesetz) 438
 Закон о содействии в трудоустройстве (Arbeitsförderungs-gesetz) 433, 435, 437
 Закон о судах для юношества (Jugendgerichtsgesetz) 426
 Закон о тяжелобольных (инвалидах) (Schwerbehindertengesetz) 435
 Запор, в детском возрасте (Obstipation, Kindesalter) 63
 Заторможенность (Gehemmtheit) 336
 Заторможенность, психомоторная (Hemmung, psychomotorische) 336
 — агрессивная (aggressive) 119
 Защита от агрессии (Aggressionsabwehr) 119
 Защита, психосоциальная (Abwehr, psychosoziale) 92
 Защитные механизмы (Abwehrmechanismus) 92
 Звучание мыслей (Gedankenlautwerden) 362
 Злокачественный нейролептический синдром (Malignes neuroleptisches Syndrom) 249
 Злоупотребление (Missbrauch) 192, 194
 Злоупотребление медикаментами (Medikamentenmissbrauch) 213, 214

И

Идеал «Я» (Ich-Ideal) 91
 Идентификация (Identifikation) 92
 — проективная (projektive) 70
 Идиотия (Idiotie) 252
 Избегание сексуальной близости (Sexualvermeidung) 173

Изменение облика (Gestaltwandel) 146
 Изменение, культуральное (Wandel, kultureller) 36
 Изоляция (Isolierung) 39, 93
 Изучение близнецов (Zwillingsforschung) 368
 Изучение жизненных эпизодов (Life-event-Forschung) 67
 Имбецильность (Imbezilität) 252
 Импотенция (Potenzverlust) 337
 Импульсивный малый припадок (Impulsiv-Petitmäl) 279
 Инвалидность, вследствие душевной болезни (Behinderung, geistige) 70, 250
 — психическая (psychische) 407
 Инвалиды вследствие душевного расстройства (Geistig Behinderte) 70, 250
 Инволюционная депрессия (Involutionstdepression) 307
 Ингибиторы моноаминоксидазы (Monoaminoxidasehemmer) 347
 Институционализм (изменения в связи с длительной изоляцией) (Institutionalismus) 409
 Интеллект (Intelligenz) 56
 Интеллектуальный уровень (Intelligenzquotient) 250
 Интерес, сексуальный (Appetenz, sexuelle) 173, 181
 Инфаркт сердца (миокарда) (Herzinfarkt) 133
 Ипохондрия (Hypochondrie) 103
 — первичная (primäre) 338
 Исполнение роли (Rollenspiel) 148
 Истерия, детского возраста (Hysterie, Kindesalter) 65
 Истощение (Magersucht) 59

К

Каннера синдром (Kanner-Syndrom) 67
 Карбамазепин (Carbamazepin) 351
 Карликовый рост, гипопизарный (Zwergwuchs, hypophysärer) 272
 Квартиры временного проживания (Übergangswohnheime) 389
 Классификация (Klassifikation) 43, 49
 Кленовая сахарная болезнь (Ahornsyrupkrankheit) 257
 Клинефельтера синдром (Klinefelter-Syndrom) 258
 Клуб для престарелых (Altenclub) 318
 Контус (Koitus) 176
 Кокаин (Kokain) 195, 218, 221, 247
 Кома (Koma) 260
 Конверсивный невроз (Konversionsneurose) 93, 100
 Конопля (Cannabis) 218, 221, 247
 Консультирование по сексуальным вопросам (Sexualberatung) 180

Консультирование престарелых (Altenberatung) 318
 Конфабулез (Konfabulose) 262
 Конфликт авторитетов (Autoritätskonflikte) 57, 83
 Конфликт близости-дистанции (Nahe-Distanz-Konflikt) 120
 Конфликт зависимости-независимости (Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt) 120
 Конфликт между партнерами (Partnerkonflikt) 183
 Копролалия (Koprolalie) 65
 Корсакова синдром (Korsakow-Syndrom) 210
 Кофеин (Koffein) 223
 Кошмары вследствие приема наркотика (Hoptrip) 219, 246
 Криз (Krise) 226, 241
 Криз идентификации (Identitätskrise) 82
 Криз созревания (Reifungsphase) 52
 Критерии зрелости (Reifekriterien) 426

Л

Латентный период (Latenzzeit) 96
 Легастения (Legastenie) 78
 Лейкоэнцефалит (Leukoencephalitis) 75
 Лечение боли (Schmerzbehandlung) 240
 Лечение депрессии (Depressionstherapie) 345
 Лимбический синдром (Limbisches Syndrom) 264
 Личностные расстройства (Persönlichkeitsstörung) 90, 98, 111, 364
 — антисоциальные (antisoziale) 113
 — в старости (im Alter) 308
 — зависимые (dependente) 114
 — истерические (hysterische) 112
 — классификация (Klassifikation) 111
 — навязчивые (zwanghafte) 114
 — нарциссические (narzisstische) 112
 — параноидные (paranoide) 112
 — пассивно-агрессивные (passiv-aggressive) 114
 — шизоидные (schizoide) 112
 — шизотипические (schizotypische) 112
 Личность группы риска (Risikopersonlichkeit) 120
 Лишение сна (Schlafentzug) 350
 Лобный мозговой синдром (Stirn-Hirn-Syndrom) 265
 Локальные нарушения мозговых функций (Hirnwerkzeugstörung) 302
 ЛСД (LSD) 218

М

Мазохизм (Masochismus) 110, 188
 Маниакальная фаза в старости (Manische Phase im Alter) 310

- Маниакальный синдром (Manisches Syndrom) 356
 Мания, заторможенная (Manie, gehemmte) 359
 — со спутанностью (verworrene) 359
 Мастерские (Werkstätten) 389, 398
 Мегаломания (Megalomanie) 358
 Медицина, психосоматическая (Medizin, psychosomatische) 25
 Менингоэнцефалит (Meningoenzephalitis) 76
 Меры при кризисных состояниях (Krisenintervention) 241
 Мескалин (Meskalin) 247
 Методика опроса (Interviewtechnik) 43
 Минус-симптоматика (Minus-Symptomatik) 364
 МКБ (Международная классификация болезней) (ICD) 49
 Мозговая инфекция (Hirninfection) 267
 Молодежные секты (Jugendsekte) 84
 Монголоидизм (Mongolismus) 257
 Моносимптомный невроз (Symptomenneurose) 99
 Мочегонные (диуретики) (Diuretika) 217
 Мутизм, избирательный (Mutismus, selektiver) 64
 Мюнхгаузена синдром (Münchhausen-Syndrom) 165

Н

- Наблюдение с целью профилактики правонарушения (Gebrechlichkeitspflegeschaft) 319
 Наблюдение, участливое (Beobachtung, teilnehmende) 45
 Навык опрятности (Reinlichkeitsgewöhnung) 55
 Навязчивый страх нанести кому-либо увечье (Fremdbeschädigungsängste) 338
 Наркоз (Narkose) 237
 Наркомания (Drogenabhängigkeit) 200
 Нарушение нарциссической регуляции (Dysregulation, narzisstische) 120
 Нарушение оргазма (Orgasmusstörung) 173
 Нарушение ориентировки (Orientierungsstörung) 260
 Нарушение питания, психогенное (Essstörung, psychogene) 126
 Нарушение поведения (Verhaltensstörung) 56
 Нарушение сексуальной функции (Sexuelle Funktionsstörungen) 173
 — реакция (Reaktion) 168
 Нарушение сексуальных функций (Funktionsstörungen, sexuelle) 175, 181
 Нарушение сна (Schlafstörung) 348
 — в детском возрасте (Kindesalter) 65
 — у лиц преклонного возраста (beim alten Menschen) 316
 Нарушение созревания, прегенитальное (Reifungsstörung, prägenitale) 118
 Нарушение функции околощитовидных желез (Nebenschilddrüsenstörung) 272
 Нарушение эрекции (Erektionsstörung) 172, 176, 182
 Нарциссизм (Narzissmus) 96, 119
 Невменяемость (Schuldunfähigkeit) 424
 Неврастения (Neurasthenie) 100
 Невроз (Neurose) 90
 — в старости (im Alter) 310
 — ипохондрический (hypochondrische) 100
 — истерический (hysterische) 100, 104
 — классификация (Klassifikation) 100
 — клиника (Klinik) 100
 — определение (Definition) 98
 — патогенез (Pathogenese) 97
 Невроз навязчивостей (Zwangsneurose) 100, 105, 190
 — в детском возрасте (Kindesalter) 65
 Невроз сердца (Herzneurose) 130
 Невроз страха (Angstneurose) 100, 106
 Невроз характера (Charakterneurose) 99
 Недержание аффекта (Affektinkontinenz) 300
 Недомогание, боли при коитусе (Dyspareunie) 178
 Недостаточность, познавательная (Defizit, kognitives) 293
 Нейролептики (Neuroleptika) 249, 315, 378
 — акатизия (Akathisie) 249
 — лечение (Therapie) 249
 — осложнение (Komplikation) 249
 — побочные действия (Nebenwirkungen) 379
 — поздняя дискинезия (Spätdyskinesie) 249
 — ранняя дискинезия (Frühdyskinesie) 249
 — синдром-мишень (Zielsyndrom) 379
 — экстрапирамидный двигательный синдром (extrapyramidal-motorisches Syndrom) 249
 Нейролептический потенциал (Neuroleptische Potenz) 379
 Непереносимость к фруктозе (Fructoseintoleranz) 257
 Нервная анорексия (Anorexia nervosa) 128
 Несостоятельность, преждевременная (Versagenszustand, vorzeitiger) 298
 Неспособность вести дела (Verhandlungsunfähigkeit) 426
 Неспособность совершения сделок (Geschäftsunfähigkeit) 428
 Нетрудоспособность (общая) (Erwerbsunfähigkeit) 431
 Нигилистический бред (Wahn, nihilistisch) 338
 Никотин (Nikotin) 224
 Нозология (Nosologie) 21
 Ноотропные препараты (Nootropika) 315
 Нормализация, форсированная (Normalisierung, forcierte) 281
 Ночные страхи (Pavor nocturnus) 72

О

- Обследование, психиатрическое (Untersuchung, psychiatrische) 43
 Обслуживание (уход) (Pflegschaft) 432
 Обусловливание (Konditionierung) 147
 Ограниченность чувств (Gefühlsrestriktion) 32, 159
 Одуманивающее средство (Beteubungsmittel) 214
 Окружающая среда (Milieu) 409
 Олигофрения (Oligophrenie) 250, 253, 258
 Онейроид (Oneiroid) 262
 Оперантное обусловливание (Operantes Konditionieren) 147
 Опий (Opium) 218, 300
 Оральная фаза (Orale Phase) 26
 Оргазм (Orgasmus) 167
 Организация самопомощи (Selbsthilfeorganisation) 201
 Ориентировка (Orientierung) 260
 — в месте (örtliche) 260
 — во времени (zeitliche) 260
 — собственной личности (persönliche) 42
 Отвращение, сексуальное (Aversion, sexuelle) 177
 Отклонение, сексуальное (Deviation, sexuelle) 186
 Относительное слабоумие (Verhältnisblödsinn) 252
 Отобразивание мыслей (Gedankenentzug) 362
 Отравление медикаментами (Medikamentenintoxikation) 252
 Отрицание (Verleugnung) 92

П

- Память (Gedächtnis) 262
 Паника (Panik) 105
 Параноидный синдром (Paranoide Syndrome) 307
 Патологическое опьянение (Rausch, pathologisches) 209
 Педофилия (Pädophilie) 188
 Первая беседа, психоаналитическая (Erstinterview, psychoanalytisches) 138
 Перверсия (Perversion) 185
 Первичные взаимоотношения (Primärbeziehung) 59
 Передача мыслей (Gedankenausbreitung) 361
 Переживание воздействия (Beeinflussungserlebnis) 361
 — физическое (leibliches) 362
 Перенос (Übertragung) 138
 Печаль, беспричинная (Traurigkeit, grundlose) 323
 Планирование учреждений социальной помощи на основе эпидемиологических данных (Versorgungsepidemiologie) 30

- Плюс-симптоматика (Plus-Symptomatik) 362
 Поведение, избегающее (Vermeidungsverhalten) 105
 Поведенческая терапия (Verhaltenstherapie) 135, 146
 Пограничное личностное расстройство (Borderline-Persönlichkeitsstörung) 70, 112, 165
 Подростковый кризис (Adoleszenzkrise) 58
 Полинаркомания (Mehrfachmissbrauch) 223
 Половое ролевое поведение (Geschlechtsrolle) 56
 Половой кризис (Sexualkrise) 81
 Помощь в смерти, пассивная (Sterbehilfe, passive) 232
 Помощь в трудоустройстве (Eingliederungshilfe) 433
 Помощь, социальная (Hilfe, soziale) 432
 Помрачение сознания (Bewusstseinstrübung) 260
 Попытка суицида (Suizidversuch) 227
 Поражение мозга, в раннем детском возрасте (Hirnschaden, frühkindlicher) 57, 74
 — в детском и подростковом возрасте (Kindes- und Jugendalter) 73
 Порноomanия (Pornomanie) 265
 Послеродовой период, психические расстройства (Wochenbett, seelische Störungen) 275
 Послеродовой психоз (Wochenbettpsychose) 275
 Превалянтность (Prävalenz) 29
 Пределирий (Prädelir) 207
 Предприятия, обучающие профессии (Berufsförderungswerke) 396
 Прерывистый сон (Durchschlafstörung) 336
 Преходящий синдром (Durchgangssyndrom) 262, 266
 Признание недееспособным (Entmündigung) 428
 Принцип консультирования и сотрудничества (Konsultations-Liaison-Prinzip) 163, 165, 233
 Припадки, эпилептические (Anfälle, epileptische) 280
 — психомоторные (psychomotorische) 280
 Приступы паники (Panikattacken) 106
 Приюты (Wohnheime) 389, 395
 Проведение принудительных мер (Massregelvollzug) 418
 Прогрессивный паралич (Progressive Paralyse) 269, 301
 Продолжительность фазы (Phasendauer) 339
 Проекция (Projektion) 92
 Промывание мозгов (Gehirnwäsche) 41
 Пропафсихоз (Pfropfpsychose) 70
 Противосудорожные (антиконвульсанты) (Antikonvulsiva) 283
 Профессиональная нетрудоспособность (Berufsunfähigkeit) 431

Профилактика суицида (Suizidprophylaxe) 229
 Псевдодеменция (Pseudodemenz) 307
 — депрессивная (depressive) 336
 Псевдонезависимость (Pseudounabhängigkeit) 118
 Психиатр (Psychiater) 413
 Психиатр-консультант (Liaison-Psychiater) 235, 237
 Психиатрия периода развития (Entwicklungspsychiatrie) 52
 Психиатрия преклонного возраста (Alterspsychiatrie) 286
 Психиатрия преследуемых (Verfolgten-Psychiatrie) 40
 Психические расстройства в старости, частота (Psychische Störung im Alter, Häufigkeit) 289
 Психическое состояние (Befund, psychischer) 48
 — с помощью психологических тестов (test-psychologischer) 48
 Психоанализ (Psychoanalyse) 26, 90, 135, 137, 414
 Психодрама (Psychodrama) 135, 150, 152
 Психоз (Psychose)
 — аффективный (affektive) 335
 — биполярный (bipolare) 335
 — органический (organische) 259, 262
 — параноидный (paranoide) 363
 — галлюцинаторно-параноидный (paranoid-halluzinatorische) 306
 — травматический (traumatische) 266
 — эндогенный (endogene) 33
 — эпилептический (epileptische) 281
 Психоз вследствие поражения ствола мозга (Hirnstammpsychose) 302
 Психоиндоктринирование (Psychoindoktrination) 39, 41
 Психолог (Psychologe) 421
 — клинический (klinischer) 421
 Психоорганический синдром, острый (Psychoorganisches Syndrom, akutes) 260
 — хронический (chronisches) 263
 Психосиндром, острый органический (Psychosyndrom, akut-organisches) 281
 — зависящий от патологии мозга (hirnabhängiges) 260
 — локальный мозговой (hirnlokales) 264
 — эндокринный (endokrines) 271
 Психосоматика (Psychosomatik) 117
 — специальная (spezielle) 123
 Психосоматическая корреляция (Psychosomatische Korrelation) 123
 Психостимуляторы (Psychostimulanzien) 246
 Психотерапевтическая модель, четырехступенчатая (Psychotherapiemodell, vierstufiges) 142
 Психотерапия (Psychotherapie) 135, 418
 — глубиннопсихологически обоснованная (tieferpsychologisch fundierte) 138

— гуманистическая (humanistische) 143
 — динамическая (dynamische) 141
 — стационарная (stationäre) 144
 Психотерапия кризисных состояний (Krisenpsychotherapie) 227, 237, 241
 Пубертат (Pubertät) 57
 Пубертатный и подростковый кризис (Pubertäts- und Adoleszenzkrise) 81

Р

Рабочее объединение (Arbeitsbündnis) 138
 Развитие, невротическое (Entwicklung, neurotische) 98
 Разорванность мышления (Denkzerfahrenheit) 361
 Ранний детский аутизм (Autismus, frühinfantiler) 67
 Рассеянный склероз (Multiple Sklerose) 299
 Расстройства «Я» (Ich-Störung) 362
 Расстройства пищеварения функциональные (Abdominalbeschwerden, funktionelle) 125
 Расстройство внимания (Merkfähigkeitsstörung) 260
 Расщепление (Spaltung) 92
 Рационализация (Rationalisierung) 92
 Реабилитация (Rehabilitation) 395, 405
 — медицинская (medizinische) 407
 — профессиональная (berufliche) 407
 — социальная (soziale) 407
 Реакция в старости (Reaktion im Alter) 308
 — депрессивная (depressive) 329, 353
 Реакция на конфликт (Konfliktreaktion) 99
 Реакция на нагрузку, острая (Belastungsreaktion, akute) 99
 Регрессия (Regression) 92
 Резус-фактор (Rhesusfaktor) 253
 Рейтинговые шкалы (Rating scales) 31
 Родственники (Angehörige) 408

С

Садизм (Sadismus) 188
 Самовозвеличивание (Grössenselbst) 97
 Самопомощь (Selbsthilfe) 385
 Самоубийство или суицид (Selbstmord s. Suizid) 226
 Сверх-Я (Über-Ich) 91, 94
 Сдвиг (Verschiebung) 92
 Седативные препараты (Sedativa) 195
 Сексологическая медицина, психологическая (Sexualmedizin, psychologische) 167
 Сексологическая терапия (Sexualtherapie) 183
 Сексуальная фобия (Sexualphobie) 177
 Сексуальное желание (Sexuelles Verlangen) 168
 Сексуальное правонарушение (Sexualstraftat) 187
 Сексуальное преступление (Sexualdelikt) 186

- Сексуальное упражнение (Sexualübung) 183
 Сексуальность (Sexualität) 167, 170
 — агрессивная (aggressive) 187
 — генитальная (genitale) 57
 Сексуальный невроз (Sexualneurose) 81
 Сектор (Sektor) 400
 Семейная динамика (Familiendynamik) 35
 Семейная терапия (Familientherapie) 318
 Симбиоз мать—дитя (Mutter-Kind-Symbiose) 54
 Симбиоз, симбиотический (Symbiose, symbiotische) 54
 Симптомы 1 ранга (Symptome 1. Ranges) 364
 — 2 ранга (2. Ranges) 364
 Синдром аутизма (Autistisches Syndrom) 66
 Синдром депривации (Deprivationssyndrom) 71
 Синдром кошачьего мяуканья (Katzenschrei-Syndrom) 258
 Синдром криминального поведения (Kriminalitätssyndrom) 86
 Синдром межучного мозга (Zwischenhirn-Syndrom) 264
 Синдром навязчивостей (Zwangssyndrome) 106
 Синдром соматизации (Somatisierungssyndrom) 103
 Синдром ствола мозга (Stamm-Hirn-Syndrom) 265
 Синдром страха (Angstsyndrom) 100, 105
 Синдром тиков, в детском возрасте (Tiksyndrom, Kindesalter) 64
 Синдром, амнестический (Syndrom, amnestisches) 299
 — геронтопсихиатрический (gerontopsychiatrisches) 293
 — гиперкинетический (hyperkinetisches) 75
 — депрессивный, терапия (depressives, Therapie) 344
 — очаговый мозговой (hirnlokales) 299
 — параноидный (paranoides) 363
 — пресуицидальный (präsuizidales) 230
 — шизофренный, в детском возрасте (schizophrenes, Kindesalter) 69
 Системная теория (Systemtheorie) 26
 Ситуация несостоятельности (Versagungssituation) 97
 Сифилис (Lues) 267
 — спинномозговой (cerebrospinalis) 266
 Скачка идей (Ideenflucht) 358
 Слабительные (Laxanzien) 217
 Слабоумие (Demenz) 263, 293
 — алкогольное (alkoholische) 207
 — пресенильное (präsenile) 298
 — сосудистое (vaskuläre) 301
 — старческое (senile) 299
 — эпилептическое (epileptische) 283
 Слабоумие, в связи с множественными инфарктами (Multiinfarktdemenz) 297, 302
 Следование чужой модели поведения (Modellernen) 146
 Служба амбулаторная (Dienste, ambulante) 391
 — дополнительные (komplementäre) 395
 — реабилитационные (rehabilitative) 389
 Смешанное состояние, маниакально-депрессивное (Mischzustand, manisch-depressiver) 359
 Снижение личности (Persönlichkeitsabbau) 263
 Сновидение (Traum) 262
 Снотворные (Hypnotika) 195, 215, 314
 Сознание (Bewusstsein) 260
 Соль лития (Lithiumsalz) 249, 350
 Сомато-психическая корреляция (Somatopsychische Korrelation) 159
 Соматоформное расстройство (Somatoforme Störung) 102
 Сомноленция (Somnolenz) 261
 Сон (Schlaf) 262
 Сонливость (Benommenheit) 260
 Сопор (Sopor) 261
 Сопротивление (Widerstand) 137
 Состояние спутанности (Verwirrheitszustand) 298, 314
 Социально-психиатрическая служба (Sozialpsychiatrischer Dienst) 393
 Социальное право (Sozialrecht) 431
 Социальный работник (Sozialarbeiter) 420
 Социальный слой и субкультура (Sozialschicht u. Subkultur) 36
 Социогенез (Soziogenese) 38
 Социотерапия (Soziotherapie) 405, 409
 Способность отдавать завещательное распоряжение (Testierfähigkeit) 319
 Спутанность (Verwirrtheit) 304
 Старение, геронтопсихология (Altern, Gerontopsychologie) 292
 — психологическая теория (psychologische Theorie) 287
 — психологический аспект (psychologischer Aspekt) 291
 Старческая депрессия (Altersdepression) 294, 307, 352
 Старческая шизофрения (Altersschizophrenie) 294, 306
 Старческий психоз (Alterspsychose) 305
 Статус малых припадков (Petit-mal-Status) 281
 Стереотип старости, отрицательный (Altersstereotyp, negatives) 288
 Стимуляторы (Stimulanzien) 217
 Страх восьмимесячного ребенка (Acht-Monats-Angst) 54
 Страх перед школой (Schulphobie) 57
 Страх разлуки (Separationsangst) 71
 Структура личности, депрессивная (Persönlichkeitsstruktur, depressive) 332

- Ступор, депрессивный (Stupor, depressiver) 336
 — кататонический (katatoner) 242
 Судорога дыхания, аффективная (Respirationskrampf, affektiver) 71
 Суицид (Suizid) 229
 — в юношеском возрасте (Jugendalter) 82
 — судебное разбирательство (Rechtsprechung) 232
 — частота (Häufigkeit) 231
 Суицидальность (Suizidalität) 226, 232
 Суицидальный синдром в старости (Suizidales Syndrom im Alter) 311
 Сумеречное состояние (Dämmerzustand) 263, 281
 — ориентированное (geordneter) 281
 — пароксизмальное (paroxysmaler) 281
 — после приступов (postiktaler) 281
 — психогенное (psychogener) 65

Т

- Темперамент (Temperament) 54
 Теория дегенерации (Degenerationstheorie) 24
 Теория обучения (Lerntheorie) 25
 Теория суицида (Suizidtheorie) 228
 Терапевтическое сообщество (Therapeutische Gemeinschaft) 401
 Терапия занятостью (Beschäftigungstherapie) 421
 Терапия, системная (Therapie, systematische) 157
 — с помощью тимолептиков (thymoleptische) 345
 Террор (Terror) 39, 41
 Террор преследования (Verfolgungsterror) 40
 Тимолептики (Thymoleptika) 345
 Токсикомания (Medikamentenabhängigkeit) 200, 213, 216, 242
 Токсоплазмоз, церебральный (Toxoplasmosis, cerebrale) 269
 Торможение оргазма (Orgasmushemmung) 178
 Транквилизаторы (Tranquilizer) 207, 312, 345
 Трансвестизм (Transvestismus) 189
 Трансплантационная медицина (Transplantationsmedizin) 160
 Транссексуальность (Transsexualismus) 83, 185, 190
 Траурная переработка (Trauerarbeit) 329
 Траурная реакция, чрезмерная (Trauerreaktion, abnorme) 329
 Тренировка самообороны (Selbstsicherheitstraining) 147
 Тренировочные центры (Trainingszentren) 395
 Трехступенчатая модель (Drei-Instanzen-Modell) 90
 Трисомия (Trisomie) 258

У

- Убийство (Fremdtötung) 229
 Угроза суицида (Suizidgefährdung) 231, 338
 Ульриха-Тернера синдром (Ullrich-Turner-Syndrom) 258
 Умирание (Sterben) 238
 Умиравший (Sterbende) 238
 Университетская амбулатория (Institutsambulanz) 392
 Утрата объекта (Objektverlust) 122

Ф

- Фаза эдипова (Phase, ödipale) 57, 93, 169
 — фаллическая (phallische) 57, 93
 Фаза развития (Entwicklungsphase) 52
 Фаза упрямства («поступка назло») (Trotzphase) 56
 Фармакотерапия в старости (Pharmakotherapie im Alter) 317
 Федеральный закон о возмещении ущерба (Bundesentschädigungsgesetz) 433
 Федеральный закон о социальной помощи (Bundessozialhilfegesetz) 433
 Фенилкетонурия (Phenylketonurie) 255
 Фетишизм (Fetischismus) 43
 Фирмы самопомощи (Selbsthilfefirmen) 397
 Фобия (Phobie) 105
 Фокальная терапия (Fokaltherapie) 137
 Формирование реакции (Reaktionsbildung) 92

Х

- Характер оргазма (Orgasmuskonsistenz) 177
 Хромосомная аномалия (Chromosomenanomalie) 257

Ч

- Частичная слабость функции (Teilleistungsschwäche) 76
 Частичное (внегенитальное) влечение (Partialtrieb) 93
 Частичный (внегенитальный) объект (Partialobjekt) 93
 Черепно-мозговая травма (Schädel-Hirn-Trauma) 76
 Число выявленных заболеваний (Inzidenz) 29
 Чрезмерная нагрузка, социальная (Extrembelastung, soziale) 39
 Чувство вины (Schuldgefühl) 323
 Чувство отчужденности (Entfremdungserlebnis) 57, 81
 Чувство утраты чувств (Gefühl der Gefühllosigkeit) 336

Ш

- Шизофрения (Schizophrenie) 336
 — в старости (im Alter) 304

- гебефренная (hebeephrene) 364
 - кататоническая (katatone) 364
 - наследственные факторы (Erbfaktoren) 367
 - параноидная (paranoide) 364
 - провоцирующие факторы (auslösende Faktoren) 370
 - семейно-динамические аспекты (familien-dynamische Aspekte) 368
 - соматические факторы (somatische Fak-toren) 367
 - социотерапия (Soziotherapie) 372
 - терапия (Therapie) 372
 - течение (Verlauf) 365
 - этиология (Ätiologie) 367
 - Шизофрения, простая форма (Schizophrenia simplex) 364
 - Шизофренный синдром в детском возрасте (Schizophrenes Syndrom, Kindesalter) 69
- Э**
- Эдвардса, синдром (Edwards-Syndrom) 258
 - Эдипов комплекс (Ödipus-Komplex) 96
 - Эдипова фаза (Ödipale Phase) 95, 169
 - Экспертиза, психиатрическая (Begutachtung, psychiatrische) 427
 - Экстренный случай (Notfall) 241, 242
 - Электросудорожная терапия (Elektrokrampf-behandlung) 345
 - Энцефалит (Encephalitis) 75
 - Энцефалит вследствие бешенства (Lyssa-Enze-phalitis) 267
 - Энцефалит летаргический (Encephalitis lethar-gica) 267
 - Энцефалит, сыпнотифозный (Fleckfieber-Enze-phalitis) 268
 - Эпидемиология (Epidemiologie) 28, 31
 - алкогольных заболеваний (Alkoholkrank-heiten) 33
 - личностных расстройств (Persönlichkeits-störungen) 33
 - маниакально-депрессивных заболеваний (manisch-depressive Erkrankungen) 33
 - неврозов (Neurosen) 33
 - психических расстройств позднего возрас-та (psychische Störungen im höheren Le-bensalter) 33
 - токсикомании (Suchtkrankheiten) 33
 - шизофрении (Schizophrenie) 33
 - Эпилепсия (Epilepsie) 279
 - идиопатическая (idiopathische) 283
 - личность (Persönlichkeit) 280
 - психоз (Psychose) 281
 - Эхолалия (Echolalie) 65
 - Эякуляция, преждевременная (Ejakulatin, vor-zeitige) 176
- Я**
- «Я» (Ich) 91
 - Ярость, нарциссическая (Wut, narzisstische) 87
- 48, XXXX-синдром (48, XXXX-Syndrom) 257**
- А**
- Aura continua 281
- В**
- Bulimia nervosa 126
- С**
- Colitis ulctrosa 124
 - Comotio cerebri 265
 - Contusio cerebri 265
- Д**
- Delirium tremens 207
 - Dementia praecox 360
- Е**
- Enkopresis 62
 - Enuresis 62
 - Exhibitionismus 188
- Р**
- REM-фаза (REM-Phase) 260
- Т**
- Triple-X синдром (Triple-X-Syndrom) 257
 - Typus melancholicus 325

Серия «Гуманистическая психиатрия»

Учебное издание

Редакторы-составители:

К.П. Кискер, Г. Фрайбергер,

Г.К. Розе, Э. Вульф

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОСОМАТИКА ПСИХОТЕРАПИЯ

Ответственный редактор *Л.Ю. Сергиенко*

Художник обложки *С.Ю. Гордеева*

Технический редактор *А.С. Мишачева*

Корректоры *О.В. Наумова, А.Б. Шахнович*

Компьютерная верстка *Г.А. Фетисова*

Сдано в набор 20.12.98. Подписано в печать 25.02.99 г.

Формат 70 × 100 ¹/₁₆. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.

Усл. печ. л. 40,6. Тираж 5 000 экз. Заказ № 503

Изд. лиц. ЛРН№040768 от 22.05.96. Гигиеническое заключение на продукцию,
товар за №77.ФЦ.8.953.П.104.12.98 от 28.12.98.

Издательство «Алетейя». 115569, Москва, а/я 135, «Алетейя».

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат». 143200, г. Можайск, ул. Мира, 93