

УДК 616.89

## ПОГРАНИЧНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Н. Я. Оруджев, Е. А. Тараканова*

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, наркологии и психотерапии ФУВ*

Статья посвящена проблеме пограничных психических расстройств, описаны основные клинические проявления наиболее часто встречающейся в общей медицинской практике патологии.

*Ключевые слова:* невроз, истерия, неврастения, депрессия, навязчивые состояния.

## FRONTIER MENTAL DISORDERS IN GENERAL PRACTICE

*N. Ya. Orudjev, E. A. Tarakanova*

This article is devoted to the problem of some psychiatric disorders. The authors describe the main symptoms and syndromes. This article is intended for therapists involved in psychiatric care.

*Key words:* neurosis, hysterical disorders, neurasthenia, depression, obsessive-compulsive disorders.

Значительный рост доли психически больных среди пациентов общемедицинских учреждений свидетельствует об актуальности организации специализированной помощи этому контингенту. Это может быть обусловлено рядом причин. Во-первых, классические психиатрические учреждения — психиатрическая больница и диспансер — по своим задачам не предназначены для ранней диагностики и лечения пограничных психических расстройств, стертых форм психической патологии, соматизированных расстройств. Во вторых, врачами-интернистами недостаточно полно выявляется психическая патология, связанная с соматическими расстройствами и маскированные сходными с патологией внутренних органов соматоформные нарушения. В-третьих, необходимо помнить о негативном отношении пациентов к психиатрии. Даже допуская необходимость специализированной помощи, больные не обращаются в психиатрические учреждения, опасаясь моральной компрометации и последующих социальных ограничений [2].

Понятие о пограничных формах психических расстройств (пограничных состояниях), в число которых входят в первую очередь невротические нарушения, в значительной мере условно и не общепризнано. В настоящее время этот термин используется для обозначения группы нерезко выраженных психических нарушений и их отделения от группы психотических расстройств [7]. Наиболее общие признаки пограничных состояний следующие:

1) преобладание психопатологических проявлений невротического уровня на всем протяжении заболевания;

2) взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими заболеваниями;

3) ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений;

4) «органическая предрасположенность» развития и декомпенсации болезненных нарушений;

5) взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного;

6) сохранение больным критического отношения к своему состоянию и основным патологическим проявлениям.

Итак, согласно утверждению Ю. А. Александровского, при пограничных состояниях отсутствует психическая симптоматика, прогрессирующее нарастающее слабоумие и личностные изменения, свойственные эндогенным заболеваниям (шизофрении, эпилепсии) [2]. Пограничные расстройства могут возникать остро или развиваться постепенно, ограничиваться кратковременной реакцией, относительно продолжительным состоянием или принимать хроническое течение. Многообразие этиологических и патогенетических факторов позволяет отнести к пограничным формам психических расстройств невротические реакции, реактивные состояния (не психозы), неврозы, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных проявлений при соматических, неврологических и других заболеваниях [3, 4]. Ряд авторов к пограничным психическим расстройствам относят также и расстройства личности (психопатии) [2, 4]. Рассмотрим две наиболее часто встреча-

ющиеся категории расстройств — неврозы и расстройства личности.

По ведущим признакам и стереотипу развития к основным видам невротических расстройств относят истерию, неврастению, психастению, навязчивые состояния. В ряде случаев преобладают невротическая депрессия, сенесто-ипохондрические и некоторые другие расстройства [2].

К неврозам относятся обратимые нарушения нервной деятельности, вызванные психическими травмами, иначе говоря, раздражителями, действие которых определяется не их физическими параметрами, а информационным значением. Это группа заболеваний, возникающих под влиянием психических травм, сопровождающихся нарушением общего самочувствия и различных соматовегетативных функций, эмоциональной неустойчивостью, повышенной психической истощаемостью при достаточно сохраненной оценке окружающего и осознания факта своей болезни. Разные авторы приводят различную частоту неврозов; наиболее реальной представляется 5—15 % [7]. В клинической практике наиболее часто используются понятия «истерия», «неврастения» и т.д., хотя в МКБ-10 обозначены основные диагностические критерии при постановке диагнозов, соответствующих этим понятиям (например, термину «истерия» соответствуют «конверсионные расстройства»).

**1. Истерия.** Под истерией или истерическим неврозом понимают заболевание, вызванное действием психической травмы, в патогенезе которого играет роль механизм «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности» болезненного симптома. В МКБ-10 истерические расстройства описаны в рубрике «Диссоциативные или конверсионные расстройства». Одной из особенностей, характерных для истерии, является повышенная внушаемость. Она может обнаруживаться, в частности, в быстрой замене одного истерического симптома другим или появлении новых симптомов под влиянием реплики врача или вида проявлений болезни у другого больного. Наиболее частыми симптомами истерии являются следующие.

- Истерические припадки. Отличаются большим разнообразием и меняют свои проявления в зависимости от преформирующих болезненный симптом представлений. Малые истерические припадки не сопровождаются падением, чаще всего они протекают в виде «истерик» — приступов рыданий, с громким хохотом, патетическими, театральными жестами, попытками рвать на себе волосы, рвать одежду, царапать тело. Истерические припадки возникают тогда, когда они являются для больного «условно приятными или желательными», т. е. в том случае, когда рядом имеются люди, демонстрация которых припадка больному желательна.

- Нарушения со стороны двигательной сферы. Могут выражаться, с одной стороны, парезами и параличами, контрактурами (обычно охватывают часть тела, соответствующую общепринятому делению — руку, кисть, палец и т.п., часто резко ограничивая пораже-

ние по суставной линии, независимо от того, иннервируется эта часть тела одним или несколькими нервами), невозможностью выполнения сложных двигательных актов, с другой — различными гиперкинезами.

- Расстройства чувствительности. Чаще всего выражаются в анестезиях, гиперестезиях и истерических болях. Распределение участков патологических ощущений не соответствует ни областям распространения отдельных нервов, ни иннервационным областям чувствительных корешков, а связано с наивным представлением о распределении функций, которое имеется у больного.

- Расстройства вегетативных функций. Могут имитировать различные картины, наблюдаемые в клинике внутренних болезней: спазмы гладкой мускулатуры пищевода, вызывающие «истерический комок» или ощущения затруднения в прохождении пищи по пищеводу, истерическая рвота, псевдоилеус и псевдоаппендицит, истерические энтероспазмы, истерические запоры, поносы, парезы кишечника, истерический метеоризм, периодическая одышка, истерическая стенокардия, псевдоинфаркт, задержка мочи, дисменорея, либо меноррагии, ложная истерическая беременность.

- Расстройства функций органов чувств и речи выражаются главным образом в нарушении зрения и слуха: концентрическое сужение полей зрения, истерические скотомы и крайне редко — истерическая гемианопсия, истерический амавроз — полная истерическая слепота. Истерическая глухота встречается чаще слепоты, особенно в военное время. Наиболее частым из истерических расстройств голоса и речи является истерическая афония (утрата звучности голоса), мутизм (немота) и заикание.

**2. Неврастения.** К неврастению относится заболевание, вызванное либо психическими травмами, либо длительным недосыпанием, продолжительным умственным или физическим напряжением, вызывающими озабоченность и необходимость преодолевать чувство усталости. Основным симптомом является раздражительная слабость — повышенная возбудимость и легкая истощаемость больных. Малозначимые или индифферентные для здорового человека раздражители начинают вызывать повышенную реакцию.

Повышенная возбудимость больных выражается в некотором повышении сухожильных рефлексов и легком возникновении вегетативных реакций (сердцебиение, покраснение или побледнение лица, повышенное потоотделение). Повышенная возбудимость обычно сочетается с быстрой истощаемостью, которая проявляется в снижении трудоспособности, повышенной утомляемости, астении. Для больных характерны отсутствие бодрости и энергии, непереносимость ожидания, трудность сосредоточиться на чем-то одном, невыносливость к привычному до болезни режиму труда.

Повышенная возбудимость и быстрая истощаемость проявляется также в быстром возникновении эмоциональных реакций (печали, радости и т. д.) и в то же время в их кратковременности, нестойкости: при появлении аппетита — в быстром нарастании чувства голо-

да и быстром угасании его в начале еды, иногда в легком возникновении эрекции под влиянием слабых механических или условнорефлекторных раздражителей и быстром наступлении эякуляции и т. д. Засыпание больных часто затруднено. Сон недостаточно глубокий, тревожный, с обилием сновидений. При этом больные легко пробуждаются под влиянием незначительных внешних раздражителей. После сна не наступает чувства бодрости, свежести, а наоборот, появляется ощущение разбитости, сонливости. К середине дня самочувствие улучшается, а к вечеру вновь ухудшается. Заболевания может стать затяжным и протекать с периодическими обострениями, если причина его не устранена. При прекращении действия неблагоприятной ситуации наступает быстрое выздоровление. Чаще всего заболевание длится ряд недель или месяцев.

**3. Психастения.** В переводе с греческого означает «душевная слабость» [2]. Психастения развивается преимущественно у людей с мыслительным типом нервной деятельности и является как бы противоположностью истерии. Больные жалуются, что собственные поступки, действия, решения кажутся им недостаточно ясными и точными. Отсюда постоянная склонность к сомнениям, нерешительность, неуверенность, робость, повышенная застенчивость. Вследствие постоянных сомнений в правильности сделанного человек стремится переделывать только что законченное дело. Все это создает у больного тягостное чувство собственной неполноценности. При психастении нередко развиваются различные ипохондрические и навязчивые состояния.

**4. Навязчивые состояния.** В МКБ-10 навязчивые состояния описаны в рубрике «Обсессивно-компульсивное расстройство». Основным симптомом заболевания являются навязчивые состояния — обсессии (от лат. *obsessio* — охватывать, овладевать). Это — образы, мысли, чувства или действия, непроизвольно вторгающиеся в сознание, необоснованность которых больные понимают, с которыми они борются, но преодолеть их не могут. Больные считают их своими собственными, не вызванными какими-либо внешними воздействиями.

Различают навязчивые представления, мысли (обсессии), страхи (фобии) и действия (компульсии). Навязчивые представления часто носят характер ярких навязчивых воспоминаний (мелодии, слова или фразы, а также зрительные или тактильные представления). Навязчивые мысли могут выражаться в виде навязчивых сомнений, опасений, воспоминаний, кошмарных или «хульных» мыслей и мудрствований. При навязчивых сомнениях обычно возникает мучительная неуверенность в правильности или завершенности того или иного действия, со стремлением вновь и вновь проверять его выполнение. При навязчивых опасениях больные мучительно боятся, что они не смогут совершить то или иное действие, например, сыграть перед публикой на музыкальном инструменте, ответить, не покраснев (эректофобия) и т. д. При навязчивых воспоминаниях больной должен мучительно вспомнить те или иные географические на-

звания, имена, стихотворения. При навязчивых мудрствованиях («умственной жвачке») больные вынуждены бесконечно размышлять по поводу тех или иных вещей, которые для них не имеют никакого значения. Навязчивые страхи (фобии) наиболее разнообразны и встречаются чаще всего. Сюда относятся страх смерти (танатофобия), заболевания сердца (кардиофобия), канцерофобия, инфарктофобия, боязнь заболеть психическим заболеванием (лиссофобия), боязнь высоты и глубины, открытого пространства, улиц, широких площадей (агорафобия), закрытых помещений (клаустрофобия) и др. Описано более 300 различных фобий, но наиболее распространенными является страх заболеть тяжелым заболеванием.

Поведение больных нередко принимает соответствующий характер. Иногда больные пытаются облегчить свои переживания с помощью ритуалов — каких-либо стереотипных защитных действий, что на время приносит облегчение. Навязчивые действия у больных носят чаще характер описанных выше мер «преодоления» фобий, но иногда могут иметь и самостоятельное значение. Возможно возникновение навязчивых движений, которые носят характер какого-либо простого произвольного акта. Например, больной навязчиво щурит глаза, шмыгает носом, облизывает губы, вытягивает шею и двигает ею, словно ему мешает воротничок. Разделение навязчивых состояний на представления, мысли, страхи и действия является весьма условным, так как в каждом навязчивом явлении в той или иной степени содержатся и представления, и чувства, и влечения, тесно связанные между собой. Течение невроза навязчивых состояний бывает непрерывным или рецидивирующим. Степень выраженности симптомов может быть различной — от легких явлений навязчивости, заметно не отражающихся на работоспособности и быте больного, до тяжелого навязчивого состояния, выводящего больного из строя и превращающего его жизнь в пытку.

**5. Невротическая депрессия.** Одна из наиболее сложных задач в диагностике — необходимость разграничения причины и следствия. Депрессия (без психических проявлений) характеризуется психопатологическими и соматическими проявлениями. К психопатологическим симптомам относятся: подавленное настроение, отсутствие инициативы, значительное снижение интересов и чувства удовольствия от жизни, пессимистическая оценка будущего, чувство собственной бесполезности и вины по самому незначительному поводу, снижение самооценки и уверенности в себе, повторяющиеся мысли о смерти. К соматическим симптомам могут быть отнесены: плохое самочувствие и болезненный внешний вид, потеря аппетита, нередко — снижение массы тела, утомляемость, упадок сил, нарушения сна, психомоторная заторможенность, утрата полового влечения и нарушения половой функции, запоры, головная боль, аменорея, боли различной локализации. У больных может наблюдаться любое сочетание симптомов. Чем больше симптомов имеется у больного, тем большее влияние депрессия оказывает на его повседневную жизнь.

**6. Тревожные расстройства.** В МКБ-10 в числе тревожных расстройств выделяют паническое расстройство, агорафобию, генерализованное тревожное расстройство, социальную фобию и др. Эти расстройства свойственны больным с невротическими нарушениями, у которых в клинической картине ведущее место занимают иррациональная и необоснованная тревога, определяющая социально-трудовую дезадаптацию. Общими симптомами тревожных состояний являются: тревога (чувство беспокойства, нервозности), раздражение по отношению к себе и другим людям, возбуждение (неусидчивость, тремор, кусание ногтей), головная боль, головокружение, реакция «борьбы и бегства» (резкое повышение симпатического тонуса, обильное потоотделение, сердцебиение, боль в груди, сухость во рту), бессонница.

**7. Психосоматические расстройства.** Это группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. Они проявляются соматизацией психических нарушений или развитием соматической патологии под влиянием психогений. Этим понятием объединяются ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка, некоторые эндокринные заболевания, нейродермит, псориаз и др. Проявления соматической патологии при психосоматических заболеваниях не только психогенно провоцируются, но и усиливаются феноменами соматической тревоги с витальным страхом, алгическими, вегетативными и конверсионными нарушениями. Диагностика и лечение психосоматических заболеваний требует комплексного подхода с учетом как соматических, так и психопатологических проявлений болезни.

**8. Психопатии или расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (по МКБ-10).** Включают в себя различные варианты психопатического поведения (параноидное, шизоидное, эмоционально-неустойчивое, ананкастное и другие) [2]. Таким больным свойственен патологический склад личности, развившийся на основе врожденной или рано приобретенной неполноценности нервной системы и дезадаптирующего средового влияния. Основные клинические проявления психопатий связаны с дисгармонией эмоционально-волевой сферы и декомпенсацией характерологических особенностей в виде патологических реакций и фазовых состояний. В клинической практике наблюдается достаточно много смешанных (перекрестных) форм и вариантов расстройств личности. В соответствии с критериями МКБ-10, под психопатией понимается специфическое расстройство личности, почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией с заметной дисгармонией в личностных позициях и поведении, хроническим характером аномального стиля поведения, который является всеобъемлющим и отчетливо нарушает личностную и социальную адаптацию.

Таким образом, в настоящее время существует необходимость создания оптимальной для общемеди-

цинской сети модели интегрированной медицины, в соответствии с которой к диагностике и лечению ряда психических расстройств привлекаются врачи общей практики [2]. Основы «малой» психиатрии — одной из наиболее сложных и клинически многообразных областей учения о психических расстройствах — необходимо знать врачу любой специальности. В обязанности врача общемедицинского учреждения, обнаружившего у пациента признаки психического расстройства, входит выбор правильной тактики. При этом предусматривается две возможности: прибегнуть к традиционным формам психиатрической помощи или избрать другие варианты вплоть до самостоятельной курации. Для врача-интерниста, взявшегося самостоятельно лечить пациента с пограничными психическими расстройствами, обязательны следующие действия [6]:

- Исключение тяжелых хронических соматических заболеваний, беременности, а также алкоголизма и эпилепсии.

- При необходимости — проведение дополнительных лабораторных, психологических, других параклинических исследований.

- Получение объективных анамнестических сведений.

- Выбор психотропных средств, дающих оптимальный по отношению к актуальным психопатологическим проявлениям терапевтический эффект.

- Учет относительных и абсолютных противопоказаний для использования психотерапии (тяжелая соматическая патология).

Выбор психотропных средств проводится с учетом клинических особенностей психического расстройства и соматического состояния пациента [5]. В связи с пограничным уровнем психических нарушений, при которых не требуется интенсивной антипсихотической терапии, и возможностью их сочетания с соматической патологией, предпочтение отдается современным препаратам, обладающим наряду с психотропной активностью высоким индексом безопасности. Необходимо учитывать и особенности взаимодействия психотропных препаратов с медикаментами из числа применяемых в общей медицине (соматотропные средства) [1, 5].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных: руководство для врачей. — М.: Медицина, 1998.
2. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. — М., 2004.
3. Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. — СПб.: МиМ, 1999.
4. Литвак М. Е. Общая психопатология. — Ростов/Д, 1998.
5. Мосолов А. Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996.
6. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000.
7. Свядоц А. М. Неврозы: руководство для врачей. — СПб., 1997.