

Т.И. Букановская

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

**МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

2-е издание, дополненное и переработанное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Введение | 4 |
| РАЗДЕЛ I. Методы психопатологического исследования | 7 |
| Глава 1. Наблюдение | 9 |
| Поведение в терапевтическом пространстве | 9 |
| Поза и положение тела | 11 |
| Двигательная активность | 18 |
| Речевая активность | 31 |
| Эмоциональное состояние и эмоциональные реакции | 35 |
| Глава 2. Опрос или беседа | 57 |
| Формы общения или характер речевой коммуникации | 58 |
| Формальное общение | 58 |
| Диалоговое общение | 59 |
| Дискурсивное общение | 60 |
| Запросы пациента | 61 |
| РАЗДЕЛ II. Синдромальная диагностика | 67 |
| Глава 3. Описание психического статуса (схема) | 69 |
| Глава 4. Классификация психопатологических синдромов | 72 |
| Глава 5. Примерные образцы описания психического статуса (на примере ситуативных задач) | 81 |

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Современная классификация психопатологических синдромов в значительной мере переключается с систематикой А.Г. Иванова-Смоленского (табл. 4.1), который, разрабатывая классификацию основных психопатологических синдромов, исходил из принципа эволюционной мозговой морфологии. По его мнению, все синдромы составляют пять ступеней, а структура синдрома определяется типом группы.

1-я ступень. Судорожные состояния, при которых патологическое возбуждение или торможение охватывает все отделы головного мозга.

2-я ступень. Фазовые состояния, промежуточные между сном и бодрствованием: онейроидные, сумеречные, делириозные и другие родственные им состояния.

3-я ступень. Фазовые состояния, затрагивающие не только кору, но и подкорково-стволовые отделы. Сюда относятся кататонические синдромы.

4-я ступень. Патодинамические структуры, носящие характер очагов патологически инертного застойного возбуждения (доминанта), переходящие в фазовые состояния типа ультрапарадоксальных фаз запредельно-охранительного торможения, продуцирующие бред и галлюцинации.

5-я ступень. Выход из строя молодых кортикальных структур, что соответствует невротическим, астеническим синдромам.

Самое легкое расстройство — **астенический синдром**, основным признаком которого является психическая и физическая слабость функционального характера; проявления астенического синдрома распознаются по снижению двигательной и речевой активности.

Невротические, а также **неврозоподобные синдромы** включают дополнительно к проявлениям астении симптомы раздражения (гиперестезия), симптомы эмоциональной лабильности, а также широкий круг разнообразных соматовегетативных нарушений.

Таблица 4.1

**Классификация психопатологических синдромов
по А.Г. Иванову-Смоленскому и по А.В. Снежневскому**

| Синдромы (по А.Г. Иванову-Смоленскому) | Степень | Синдромы (по А.В. Снежневскому) | № |
|--|---------|--|------|
| Невротические, астенические | 5 | Невротические | I |
| | | Аффективные | II |
| | | Ипохондрические | III |
| | | Психопатические состояния | IV |
| | | Галлюцинаторно-бредовые | V |
| Бредовые, галлюцинаторные | 4 | Кататонические | VI |
| Кататонические | 3 | Помрачение сознания | VII |
| Помрачение сознания | 2 | Припадки | VIII |
| Судорожные | 1 | Психоорганический, амнестический синдром | IX |
| | | Слабоумие | X |

Близко к невротоподобным примыкают **диссоциативные расстройства**, которые при всем многообразии клинических проявлений имеют общее свойство — *расторженность* подкорковых структур мозга и появление автономных психических феноменов (сенсорных, двигательных и пр.), не поддающихся контролю сознания.

Аффективные синдромы распознаются по субъективным переживаниям и соответствующим высказываниям пациента, но главным образом по психомоторным проявлениям, включая мимические реакции, поскольку бывает и такое: пациент жалуется на страх и тревогу, но сидит в доминирующей позе, весь напряжен и постоянно «ломает» пальцы рук или сжимает кулаки. Клиническая классификация аффективных синдромов включает:

- 1) маниакальные (гипоманиакальные) и примыкающие к ним эйфорические состояния;
- 2) тревожные состояния;
- 3) депрессивные состояния;
- 4) дисфорические состояния;
- 5) апатические состояния.

Нередко можно видеть сочетание тревоги и депрессии, в этом случае выставляется тревожно-депрессивный синдром, но не наоборот, поскольку тревога может эволюционировать в депрессию, а депрессия в тревогу — нет (то есть формулировка «депрессивно-тревожный синдром» вносит диагностическую неясность). Наблюдаемая периодами

тревога у больных, перенесших депрессию и находящихся в ремиссии, психологически объяснима тем, что пациенты, с одной стороны, боятся повторения «кошмара», с другой — боятся привыкнуть к постоянно-му приему антидепрессантов.

Очень часто депрессии протекают атипично, причем настолько выражено, что требуют более внимательного сосредоточения на вопросах терапии. Часто наблюдаемые атипичные варианты депрессии — это депрессия с деперсонализацией, ипохондрическая депрессия, апатическая (адинамическая) депрессия, дисфорическая депрессия, а также ангедоническая депрессия или дистимия, занимающая промежуточное место между затянувшимся неврозом (неврастения) и аффективной патологией, принявшими хронический характер.

О наличии у пациента патологических **эмоциональных реакций** мы можем судить только на основании наблюдаемых объективных признаков, которые следует точно описывать. Если, к примеру, мы описываем возбудимость, мы должны привести демонстративное описание того, в какой ситуации и как пациент проявил возбудимость: «...на вопросы, касающиеся... (госпитализации, отношений, конфликтной ситуации и т.д.), реагирует сильным напряжением, на лице появляются желваки, стискивает зубы, учащается дыхание, появляется гиперемия лица». При описании слабодушия должна быть подчеркнута малозначимость ситуации, на которую пациент реагирует слезами: «при упоминании о детях, о доме, о пенсии... на глазах появляются слезы».

Ипохондрические синдромы выявляются в процессе диалогового общения, в котором пациент занимает ведущее положение, настойчиво предъявляя запрос на выздоровление, нередко из разряда магических запросов, наиболее ярко выраженных при так называемой ипохондрии здоровья с ярко выраженными нарциссическими тенденциями. Клинические проявления ипохондрии могут быть крайне вариabельными, в зависимости от варианта ипохондрии — невротической (небредовой), в структуре депрессии и бредовой ипохондрии.

Психопатические состояния, суть которых заключается в определенном стиле эмоционального и поведенческого реагирования при социальном взаимодействии, нередко бывает трудно идентифицировать при первом осмотре, особенно если испытуемый прилагает усилия выглядеть адекватным. Диагностике помогают объективные анамнестические сведения с описанием поведенческих нарушений; нередко в процессе обследования испытуемый может невольно обнаружить патологические болезненные реакции (эмоциональную возбудимость и неустойчивость при соответствующих типах личностного расстрой-

ства, эмоциональную холодность при шизоидной психопатии, выраженную эмоциональную лабильность с чертами демонстративности при истерическом личностном расстройстве). Установлению диагноза «личностное расстройство» во многом помогают специализированные тестовые методики (тест Кеттела, тест ММПИ, тест Айзенка, диагностика темперамента PTS по Стреляу и др.).

Из **галлюцинаторных состояний** самыми распространенными являются состояния вербального галлюциноза, которые можно определить путем внешнего наблюдения и в процессе даже формального общения. Внешние признаки субъекта, испытывающего слуховые галлюцинации, несут вариабельный характер, зависящий от содержания голосов, их интенсивности, сопутствующих реактивных эмоций (удивление, тревога, злость). Пожалуй, самым общим признаком является малословие, можно даже сказать, что если пациент с отсутствием или снижением объема вербального общения, вдруг обнаруживает речевое возбуждение, то из диагностики в первую очередь исключается вербальный галлюциноз именно как ведущий синдром (при некоторых патологических состояниях, сопровождающихся речевым возбуждением, возможно наличие отдельных коротких эпизодов вербального галлюциноза, но в диагностических рамках других синдромов — кататонического, экстастически-бредового, делириозного). Другим часто наблюдаемым признаком вербального галлюциноза является состояние отрешенности как проявление интроверсии, сходной с физиологическими процессами сворачивания психической активности при засыпании. Не случайно известный отечественный психиатр Е.А. Попов подчеркивал роль гипноидных, фазовых состояний, и в первую очередь парадоксальной фазы торможения в генезе галлюцинаций.

Наличие у пациента **бредовых идей** распознается по внешним психотическим признакам, указывающим на наличие психоза вообще, то есть на явно выраженное нарушение психической деятельности, при котором психические реакции грубо противоречат реальной ситуации, что отражается в искаженном отражении реального мира с сопутствующим неадекватным поведением. При бредовом состоянии у пациента не отмечается каких-либо специфических экспрессивных проявлений, многообразии которых зависит от фабулы бреда, его интенсивности (актуальности), сопутствующих реактивных эмоций, а также от степени сохранности способности к критической самооценке. Окончательное диагностическое заключение о наличии у больного бреда выводится в результате диалогового общения, в котором больной обнаруживает высказывания, отвечающие основным критериям бредовой идеи:

- 1) ложное суждение или заключение с характером убежденности, которое не корректируется, несмотря на явное противоречие с действительностью;
- 2) идея, которая полностью охватывает сознание больного, лишая его способности к критической оценке реальности (что в быту нередко обозначается как одержимость);
- 3) идея, сопровождающаяся бредовым поведением, которое отличается от всех других поведенческих расстройств тем, что представляет собой определенные поступки как минимум дезадаптивного характера, как максимум — опасные для окружающих или для самого себя.

В теории деятельности отечественного психолога А.Н. Леонтьева под поступком понимается вид действия, совершаемого в области субъект-субъектных отношений. Поступок — это действие, в котором человек обращается к другому, это действие, способное вызвать социальный резонанс. Именно через поступок бредовой пациент пытается донести свои идеи до окружающих. К примеру, бредовой пациент на недорогом и старом автомобиле отечественного производства таранит на дороге несколько дорогих иномарок, нанося им непоправимый ущерб, а при задержании на вопрос следователя-дознателя отвечает, что он совершал «некую миссию».

Реактивно возникающие эмоциональные реакции зависят не только от фабулы и актуальности бреда, но и от реакции общества на высказывания и поведение больного. Например, бредовые идеи величия (бред высокого происхождения, мессианский бред, идеи обладания сверхспособностями и т.п.) поначалу сопровождаются эйфорией, но аффект может смениться злостью с враждебным отношением к другим, если пациент наталкивается на недоверие со стороны окружающих и даже насмешки. Обращает на себя внимание одна общая особенность, присущая всем бредовым пациентам, независимо от характера бреда: актуализация бреда сопровождается усилением переживания эмоции интереса (даже в случае негативных переживаний при бреде преследования или воздействия), а редукция бреда, возвращение в реальность сопровождается чувством скуки, отсутствием интереса. Подобно тому как подросток никак не хочет оторваться от компьютерной игры, в которой он чувствует себя виртуальным героем, или просмотра будоражащих ужастиков и сесть за скучные уроки, так и бредовой пациент, не всегда только по причине болезненности, но и по психологическим мотивам, невольно стремится сохранить бредовой статус, в котором он испытывает чувство ничем не заменимого интереса.

Как быть, если по внешним признакам мы подозреваем у пациента бредовое состояние, но пациент либо недоступен, либо диссимулирует состояние? Можем ли мы в этом случае уверенно верифицировать параноидный синдром? Нет, поскольку для верификации состояния имеющаяся у пациента бредовая идея или мыслительная ассоциация характера суждения, возникшая при патологическом функционировании головного мозга, *должна быть высказана*, произнесена и желательной зафиксирована («больной заявляет, что за ним следят...», «больной считает, что он предназначен совершить великую миссию...» и т.д.). Для других случаев в МКБ-10 предусмотрена диагностическая категория «Другие острые психотические расстройства» (F23.8), острые потому, что диагностические проблемы возникают при впервые возникшем параноидном состоянии. Хроническое бредовое расстройство рано или поздно проявит себя соответствующими высказываниями пациента.

Кататонические синдромы диагностируются путем простого наблюдения. Проявления кататонической симптоматики настолько специфичны (восковая гибкость, ступор с мышечным оцепенением, кататоническая fuga, гебефреническое возбуждение) и очевидны, что диагностика кататонических расстройств не представляет трудностей.

Синдромы помрачения сознания. В психиатрии речь не столько о «количественном» снижении уровня бодрствования (сомноленция, оглушенность, сопор, кома), сколько о качественном изменении сознания в виде следующих состояний: делирий, сумеречное помрачение сознания, онейроид и редко встречающаяся аментивная спутанность сознания. Диагностика осуществляется путем наблюдения и формального общения, если оно вообще возможно. Проблемы в диагностике данных состояний возникают тогда, когда они протекают атипично (ориентированные сумерки), abortивно (люцидное «окно» при делирии) или слабо выражены (ониризмы), то есть когда пациент обнаруживает достаточную ориентировку в окружающем. В этих случаях диагностическую ценность приобретает временной фактор: не делая никакого предварительного диагностического заключения, стоит некоторое время просто понаблюдать за пациентом (конечно же, в условиях стационара).

Припадки, а также гиперкинетические феномены можно непосредственно наблюдать (в некоторых случаях родные заболевшего снимают его во время приступа на мобильный телефон для демонстрации врачу), а можно довериться описаниям самого пациента или его близких.

Припадки составляют область психиатрии, тесно примыкающую к неврологии.

Психоорганический синдром включает большое число различных психических нарушений, возникновение которых непосредственно обусловлено повреждением головного мозга. Психоорганический синдром обычно характеризуется следующей триадой признаков: ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффектов (триада Вальтер-Бюэля). Помимо указанной симптоматики, часто наблюдаются астенические явления, гипомнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Психоорганический синдром может протекать остро, например, после черепно-мозговой травмы, инсульта, острой асфиксии, после тяжело протекающего алкогольного (мусситирующего) делирия — в данных случаях в структуре синдрома могут наблюдаться отдельные делириозные (или сумеречные) эпизоды, приступы психомоторного возбуждения с проявлениями агрессии; несмотря на затянувшееся течение (от 3 до 6 мес), возможен благоприятный исход с минимальным повреждением психических функций. Диагностические категории МКБ-10, используемые для обозначения данного состояния, следующие: «органический амнестический синдром» (F04), «делирий, не вызванный алкоголем» (F05 — в данную диагностическую категорию входят не только делириозные эпизоды, но и эпизоды сумеречного помрачения сознания, эпизоды психомоторного возбуждения). Но чаще всего психоорганический синдром развивается постепенно и представляет собой резидуальное состояние, свидетельствующее о необратимом характере повреждений головного мозга, и наблюдается в отдаленных периодах заболевания; клиническая симптоматика больше соответствует психопатоподобным расстройствам, поэтому для обозначения данного состояния используется диагностическая категория «расстройство личности органической этиологии» (F07). В отличие от конституционально обусловленных личностных нарушений, в структуре органического расстройства личности доминируют аффективная возбудимость и аффективная неустойчивость, а также различной степени выраженности когнитивные нарушения, не достигающие уровня деменции.

Синдромы деменции или слабоумия, так же как и **синдромы умственной отсталости или малоумия**, для своей полной диагностики требуют детального экспериментально-психологического исследования. В случае деменции от врача требуется определить ее нозологическую принадлежность.

В клинической практике нередко можно наблюдать сочетание двух и более синдромов, и если ни один из них не является доминирующим, то используется диагностическая категория «острое полиморфное психотическое расстройство» (F23.0). В некоторых случаях допустимы двойные синдромальные определения, из которых наиболее употребимы следующие: галлюцинаторно-бредовое расстройство, которое встречается настолько часто, что общепринято его обозначать как параноидное, упомянутое выше тревожно-депрессивное состояние, депрессивно-галлюцинаторное состояние, депрессивно-бредовое состояние, кататоно-галлюцинаторное состояние или же галлюцинаторно-кататонное состояние. Первый диагностический признак в синдромальной двойке указывает на актуальность именно данного состояния и на первоочередность терапевтических задач (симптом-мишень, в понимании Г.Я. Авруцкого), при этом он не всегда может соответствовать окончательному диагнозу. К примеру, у пациента, страдающего алкогольной зависимостью и имеющего в прошлом попытку суицида в состоянии алкогольного опьянения (самоповешение), поступившего в очередной раз в состоянии запоя, после снятия симптомов абстиненции обнаружилась картина выраженной тоскливой депрессии с мыслями о смерти. При этом он также сообщил, что регулярно слышит голоса умерших родителей, которые утешают его, призывают не убивать себя, не пить водку и т.п. и которые ему нисколько не мешают. Синдромальный диагноз в данном случае — депрессивно-галлюцинаторный, указывающий на то, что первоочередной задачей терапии в данном случае является купирование симптомов депрессии. А вот окончательный диагноз, который был выставлен пациенту, был следующим: «алкогольный галлюциноз на депрессивном фоне» (F10.5).

Можно ли лечить пациента на стадии синдромального диагноза? Безусловно, да. Собственно, вся купирующая терапия имеет в качестве мишеней те или иные симптомокомплексы или синдромы. Что касается поддерживающей терапии, то ее тактика строится уже с учетом нозологического фактора.

И в заключение следует остановиться на главном. Если при определении нозологического диагноза допускаются нозологическая неопределенность в течение некоторого периода и даже ошибочные умозаключения, обусловленные недостаточно полным анамнезом, невозможностью полного обследования (лабораторного, инструментального, экспериментально-психологического) из-за остроты состояния пациента, недостаточно длительным периодом наблюдения, чтобы проследить болезнь в «продольном разрезе», то синдромальный диа-

гноз, отражающий психопатологический статус пациента, должен быть определен сразу после осмотра и должен быть безошибочным, что возможно только при качественно проведенном психопатологическом методе диагностики. В отличие от обычной пропедевтики, совершаемой врачом общесоматической практики, где врач может подстраховаться лабораторными и инструментальными методами исследования (электрокардиография, рентгенография, ультразвуковое исследование и многое другое), психопатологическая пропедевтика зависит главным образом от способности психиатра к детальному наблюдению, умело проводимому опросу и верной интерпретации обнаруженных признаков.