

Клинические разборы в психиатрической практике II

Под редакцией *А.Г.Гофмана, Ю.С.Савенко*

3-е издание

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

К49

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Клинические разборы в психиатрической практике II / под ред. К49 А.Г.Гофмана, Ю.С.Савенко ; сост. Л.Н.Виноградова. – 3-е изд. – М. : МЕД-пресс-информ, 2021. – 640 с.
ISBN 978-5-00030-888-2

Основой для создания настоящей книги послужили материалы открытых клинических разборов, возобновленных в июне 1996 г. под эгидой Независимой психиатрической ассоциации России. Они регулярно проводятся на совместных семинарах психиатров, врачей других специальностей и клинических психологов, часто в присутствии студентов медицинских вузов и психологических факультетов. Представленные в настоящем издании материалы позволяют читателю окунуться в атмосферу клинического разбора, как бы присутствовать на семинаре и участвовать в осмотре больного и дискуссии. Это уже второй том разборов.

Для психиатров, врачей других специальностей, психотерапевтов и клинических психологов.

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

ISBN 978-5-00030-888-2

© Независимая психиатрическая ассоциация России, 2017

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Вместо предисловия. Клинические разборы – основная школа профессионализма	5
1. Аффективные расстройства	10
1.1. Клинический разбор в контексте судебно-психиатрического заключения	10
1.2. Противоречия традиционного и современного подходов к диагностике	30
1.3. Атипичный маниакально-депрессивный психоз, переход биполярного течения в униполярное	52
1.4. Атипичный маниакально-депрессивный психоз или шизофрения?	71
2. Шизоаффективные психозы	92
2.1. Шизоаффективный психоз	92
2.2. Шизоаффективные расстройства?	116
2.3. Гневливая мания или шизоаффективный психоз?	157
2.4. Шизофрения или эндогенная анестетическая депрессия?	179
2.5. Пришла ли пора отказаться от психопатологической трактовки алкоголизма? Клинический случай как аргумент в дискуссии	202
3. Шизофрения	225
<i>Шизофрения на аффективном фоне</i>	
3.1. Циркулярная шизофрения или шубообразная шизофрения? ..	225
3.2. Маниакально-кататонический синдром	261
3.3. Когда больной молчит... ..	284
3.4. И все-таки – шизофрения	297
<i>Параноидная шизофрения</i>	
3.5. Параноидная шизофрения: приступообразная или непрерывная?	321
3.6. Параноидная шизофрения или...?	342
3.7. Все еще неистребимый крен в сторону психологизации	363
3.8. Поздний дебют	376
3.9. Текущее или конечное состояние?	397

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ – ОСНОВНАЯ ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

Клинические разборы – это основа, стержень, само естество профессионализма. Это – клинико-психопатологическая беседа с больным в контексте истории его болезни и экспериментально-психологического заключения, затем выступления присутствующих – «коллективное творчество врачей», по выражению С.С.Корсакова, – и, наконец, синтезирующий разбор ведущего клинициста.

«Клинические иллюстрации» в текстах статей и монографий – визитная карточка их авторов, высокоинформативная для коллег: по ним видны уровень автора, его отношение к делу и мера достоверности эмпирических данных. Современные научные работы заменили эту основу основ клиницизма статистическими выкладками, т.е. фактически подменили собственный профессионализм профессионализмом математика-статистика.

Минуло более полувека с момента написания знаменитой страстной статьи-протеста Питирима Сорокина против этой практики. Проницательный взгляд и убедительная аргументация основоположника Гарвардской социологической школы потонули, как и многие другие голоса, в чуждом менталитете, видимо, связанном с большой территорией страны.

При всем уважении к математике, следует самостоятельно разбираться в адекватности используемых математических методов задачам исследования и характеру выборки, но прежде всего – в предварительной подготовке эмпирических данных для этой обработки. Без этого математическая обработка оборачивается наукоподобием. Тотальная математизация таксономии, генетики и т.д. нигде не смогла заменить этих дисциплин: таксонометрия не смогла заменить классическую таксономию, математическая генетика – классическую генетику и т.д. Давно стало ясно, что математика, так же как и множество так называемых метатеоретических дисциплин, – вспомогательный метод, «строительные леса», которые не могут заменить эмпирические закономерности каждой дисциплины.

Между тем повсеместно мы видим именно такое развитие, которое в качестве неизбежного следствия ведет к вырождению собственного профессионального мышления подобно тому, как калькуляторы отучили от счета в уме. Анкетные методы, экспресс-методы, методы, экономящие силы, время и само мышление, успешно вытесняют подлинный эксперимент и подлинное профессиональное мышление. Глобальные последствия такого подхода представляют новую опасность в медицине.

У нового поколения врачей тонкая топическая диагностика по данным клинического и нейропсихологического исследований вытесняется данными КТ и МРТ.

Но серьезнее всего дело обстоит в психиатрии. Здесь никакая инструментальная техника в принципе не в состоянии заменить опытного клинициста. Здесь самым важным, сложным и неисчерпаемым является описание. Но не естественнонаучное, а – наряду с ним – феноменологическое, позволяющее объективно отнестись к самоотчету больных, к результатам и самому процессу беседы с ними.

В психиатрии особенно важен уровень философской рефлексии врача. Неслучайно давняя традиция состоит в том, что первая ученая степень – это PhD, доктор философии.

Способ описания неизбежно содержит теорию, которая и есть уже тот порядок, что привносится этим описанием: своей последовательностью, соразмерностью частей, характером и мерой дифференциации в выбранных аспектах. За этим всегда стоят цели и задачи такого описания, исходные представления о решении этих задач и соответствующая им нацеленность на обнаружение того, что заранее уже вложено, – порочный логический круг, из которого – вопреки всем давнишним разъяснениям – многие не могут выйти.

Клинические разборы – это живые конкретные примеры взаимодействия феноменологического и герменевтических методов, т.е. непредвзятого описания и адекватного истолкования.

Непредвзятое описание достигается посредством феноменологического метода, описанию техники которого посвящен 2-й том «Логических исследований» Э.Гуссерля. Это один из самых фундаментальных вкладов в культуру самого мышления, его научность и, тем самым, непременная, предваряющая и предопределяющая все прочее стадия любого научного исследования, направленная на редукцию субъективизма, психологизации как наиболее распространенной формы релятивизма. Введенный в психиатрию К.Ясперсом (1913, 1921) феноменологический метод парадигматически преобразил ее. На этой стадии описание больного и беседа с ним должны быть равномерно полными, без каких-либо эвристических сокращений и теоретических предпочтений, опираясь на характеристики и метафоры естественного языка, а не индуктивные категории. На момент описания табуируются все «измы»... Этой сложной технике мыслительных процедур и посвящен феноменологический метод. Овладение им требует специального тренинга, опыта. Профессия психиатра приводит к этому стихийным образом. Фактически речь идет о формировании профессиональной интуиции, т.е. усмотрении «непосредственно данного».

Итак, речь идет о непредвзятом и, по возможности, полном описании спонтанного поведения больного в разное время, в разных ситуациях, с разными людьми, в том числе со своим врачом, и взаимодействия с ним в ходе общения и беседы. Беседы как способа установления неформальной коммуникации с больным, а не простого получения информации. Достижение неформальных отношений качественно повышает информативность.

Но искусство беседы состоит не только в извлечении максимально разнообразной информации, вербальной и невербальной, в отношении широкого круга тем, нейтральных и аффективно высоко значимых, связанных с собственным состоянием и с окружающим миром, что позволяет воссоздать внутренний микрокосмос больного, особенности системы его значений и установок.

Искусство беседы состоит в умении получить адекватную информацию ненаправленной манерой задавания вопросов, т.е. не навязывающей больному собственный преждевременно избранный стереотип. Некорректные вопросы – те, которые сами задают направление. Это так называемые провокационные вопросы, которые правомерны «по кругу» опроса и осмыслены врачом как провокационные, ими нетрудно подтвердить любые собственные концепции, даже фантастические. Это типовая ошибка. Поэтому следует ограничиваться вопросами: «А что это такое?», «А как Вы это понимаете?», «А как это возможно?» Это ненаправленный прессинг вопрошания.

Описание может осуществляться в великом множестве аспектов.

Клинические разборы – бесконечная школа усовершенствования различных клинико-психопатологических навыков. Возможности этого усовершенствования беспредельны по разнообразию и утонченности в каждом направлении.

Постановка психиатрического диагноза представляет собой процедуру квалификации конкретного индивида на основе «диалога» понимания и объяснения его поведения и жалоб в терминах принятой систематики, т.е. на основе герменевтического и причинно-следственного подходов.

Герменевтический подход – это попытка понимания психопатологических расстройств из контекста других характеристик, а затем последовательного введения во все более объемлющие контексты, в частности выводимость отклонений из личности в ее конкретной ситуации либо из целей и ценностей личности.

Причинно-следственный подход заключается в проверке наличия корреляционной или причинной связи психопатологических отклонений с соматоневрологическими расстройствами и различными экзогенными и психогенными факторами.

Полный диагноз не ограничивается нозологической квалификацией, но, помимо более дифференцированного определения синдрома, типа течения, наличия и характера прогрессивности, предполагает, кроме диагноза болезни, диагноз патологии, т.е. прежде всего премоурбидных особенностей личности.

Необходимы также развернутый соматоневрологический диагноз и квалификация динамики социального статуса (личного, семейного, профессионального, экономического, общественного). Наконец, важна диагностика компенсаторных возможностей организма и личности.

Важно отметить, что нозологический диагноз остается венцом устремлений клиницистов. Квалификация по МКБ-10 преследует преимущественно цели единой международной статистики.

С 1996 г. – уже 20 лет – под эгидой Независимой психиатрической ассоциации (НПА) России была возобновлена давняя традиция отечественной психиатрии – проведение открытых клинических разборов. Они ежемесячно проводятся на базе старейшей в Москве Преображенской психиатрической больницы им. В.А.Гиляровского. Больницы, с которой началась пинелевская реформа в России, где приступил к своей профессиональной деятельности С.С.Корсаков, которая сама оказалась «репрессированной» в 1952 г., став из №1 – №3, а спустя 40 лет стала юридическим адресом НПА России. Участники разборов – врачи психиатрических больниц, преподаватели кафедр психиатрии медицинских вузов и кафедр усовершенствования врачей, их стажеры из разных городов страны, ординаторы, субординаторы, студенты медицинских вузов и психологических факультетов.

В неформальной обстановке живого профессионального общения осуществляется главная цель клинического разбора – на примере конкретного случая, так сказать, у постели больного, представить и обсудить пациента, основываясь, прежде всего, на феноменологическом подходе, а не приверженности той или иной клинической школе и классификации.

Поскольку публикация фонограмм клинических разборов не вошла в практику ни отечественных журналов, ни каких-либо других изданий, «Независимый психиатрический журнал» начиная с 1996 г. регулярно помещает на своих страницах, сразу после «Актуальных проблем психиатрии», наиболее интересные из клинических разборов. Читатель может как бы присутствовать на семинаре и участвовать в осмотре больного и дискуссии. Понятно, что на клинические разборы врачи больницы стараются вынести наиболее проблемные случаи, требующие дифференциальной диагностики. Поэтому в условных названиях публикуемых клинических разборов часто присутствует вопрос. Он предлагает читателю самому включиться в дискуссию, согласиться или не согласиться с мнением дискуссионтов, в том числе и с мнением ведущего. Рубрифицированное и отредактированное проф. А.Г.Гофманом собрание избранных разборов представляется теперь коллегам, прежде всего, молодежи, для обучения, достижения консенсуса по многим вопросам либо полемики – для опытных психиатров.

В представленных здесь разборах читатель найдет, прежде всего, примеры системного оперирования множеством клинико-психопатологических данных, их адекватной квалификации на семиотическом, синдромологическом и нозологическом уровнях и обоснования адекватной терапии. В ряде случаев обсуждаются социально-реабилитационные, правовые и этические проблемы.

Разнообразие ведущих позволяет существенно расширить представление о диапазоне индивидуальных манер и возможностей, которые они представляют. В первом выпуске клинических разборов 1996–2006 гг., наряду с основным ведущим Александром Юрьевичем Магалифом, в этой роли выступали проф. Александр Генрихович Гофман, Николай Георгиевич Шумский, Юрий Иосифович Полищук, Владимир Григорьевич Ротштейн, Сергей Юрьевич Циркин. В настоящем втором томе собраны разборы 2006–2015 гг. Ведущим разборов с 2011 г. был проф. Владимир Вениаминович Калинин.

Наряду с ним разборы проводили проф. Александр Генрихович Гофман, Александр Сергеевич Тиганов, Валерий Николаевич Краснов, Александр Юрьевич Магалиф, Юрий Иосифович Полищук, Алла Сергеевна Аведисова, Марк Евгеньевич Бурно, Алексей Евгеньевич Бобров, Борис Дмитриевич Цыганков, Ярослав Богданович Калын, Виктор Гаврилович Остроглазов.

В их разборах незримо присутствуют их учителя. Тем самым основополагающая традиция отечественной психиатрии – традиция тонкого клиницизма – оказалась сохранена для нового поколения.

За это время обновился коллектив больницы, пришел новый главный врач: Ларису Степановну Ларину сменил проф. Георгий Петрович Костюк, приехавший из Санкт-Петербурга. Новым в клинических разборах стало участие иногородней профессуры. Так, один из разборов в отношении оснований смены пола у квинтранссексуала провел проф. Александр Олимпиевич Бухановский, а другой разбор – специально прилетевший из Барнаула проф. Борис Николаевич Пивень, ведущий специалист по проблеме коморбидности. Проф. Виктор Александрович Солдаткин из Ростова-на-Дону прислал несколько разборов по тематике, на которой специализируется Ростовская клиника; начали приезжать и активно участвовать в них коллеги из других, даже дальних городов. Несколько разборов было проведено на базе других психиатрических больниц, что позволило существенно разнообразить аудиторию и выступающих. В качестве врачей-докладчиков начали выступать врачи психоневрологических диспансеров, и, таким образом, появилась возможность заслушивать как врачей, которые вели больных в стационаре, так и наблюдавших их в диспансере.

Современные возможности аудио- и видеозаписи открывают перспективы для феноменологических описаний и обоснованных квалификаций, о которых раньше можно было только мечтать. Так, новые технические возможности создания учебных фильмов позволяют существенно продвигаться на пути феноменологических тренингов и, таким образом, минимизировать тот недопустимый разброс, даже на уровне квалификации отдельных феноменов, который еще нередок в клинической психиатрии.

Итак, клинические разборы – это исходная и ключевая фаза профессиональной деятельности, которая не стареет и, помимо своей непосредственной ценности в разных аспектах, содержит отпечаток стиля клинического мышления и общего менталитета конкретной профессиональной среды. Поэтому представленные здесь клинические разборы – это огромный пласт ценнейшего эмпирического материала, открытый анализу во всевозможных направлениях, и в то же время конкретные клинические иллюстрации в процессе их кристаллизации по значительной части курса психиатрии. По инициативе кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета публикуемые в «Независимом психиатрическом журнале» клинические разборы с успехом используются в процессе обучения студентов, служат школой профессионализма.

*Президент НПА России
Ю.С.Савенко*

1. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

1.1. Клинический разбор в контексте судебно-психиатрического заключения

О.А.Бухановская, А.О.Бухановский, А.А.Кашин (Ростов-на-Дону)

ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» (ЛРНЦ) в Ростове-на-Дону с 1991 г. в полном объеме оказывает психиатрическую и наркологическую помощь. Одним из видов деятельности центра с самого начала работы являлась защита лиц, так или иначе попавших в сферу деятельности психиатрии. До 1996 г. центр имел еще и лицензию на судебно-психиатрическую деятельность.

ЛРНЦ поручалась, как правило, повторная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) по уголовным и гражданским делам в тех случаях, когда заключения экспертов вызвали сомнения у суда или следствия, или по ходатайствам участников гражданских процессов, особенно тогда, когда:

- уголовные дела возбуждались по тяжелым и особо тяжелым деяниям, а в государственных экспертных учреждениях лица, которым инкриминировались эти деяния, признавались страдающими тяжелыми психическими расстройствами, в силу которых они не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими;
- заключения судебно-психиатрической экспертной комиссии (СПЭК) в гражданских делах опротестовывались участниками процесса.

Во многих случаях заключения, выносимые СПЭК ЛРНЦ, оказывались диаметрально противоположными заключениям государственных экспертных учреждений, устанавливался диагноз «симуляция». В подавляющем числе случаев именно заключения ЛРНЦ ложились в основу вынесения судебных решений и приговоров. Нередко это влекло за собой агрессию в отношении ЛРНЦ (разрушение его собственности, поджоги и т.п., нападения на сотрудников, разрушения их собственности (автомобилей), поджоги жилищ). Только за последние 5 лет по этим фактам возбуждались 8 уголовных дел. К сожалению, ни одно из них не было раскрыто. В других случаях, и тоже часто, недовольная сторона, не получив необходимых ей результатов при кассациях, порой уже после вступления в силу приговоров

и решений суда пыталась дискредитировать ЛРНЦ или его заключения путем многочисленных жалоб и заявлений о нарушении ЛРНЦ требований законов, кодексов, о его противозаконной деятельности, требовала отзыва лицензии и официального признания его деятельности незаконной. Эти бумаги направлялись в многочисленные ведомства и инстанции по линии здравоохранения (до Минздрава), Росздравконтроля, суда (вплоть до Верховного), прокуратуры (до Генеральной), МВД, ФСБ и т.п. Многочисленные комиссии, дознания и т.п. ни разу за эти годы ничего непрофессионального или незаконного в деятельности ЛРНЦ, в том числе судебно-психиатрической, не нашли.

После принятия Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности» от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ, будучи лишенным возможности проводить судебно-психиатрическую деятельность, ЛРНЦ изменил формы оказания помощи в ситуациях, связанных с судом.

Один случай из практики ЛРНЦ «Феникс» представляется на суд психиатров.

Гражданка Ш. 1938 года рождения 01.10.2009 г. добровольно обратилась на амбулаторный прием. Ее сопровождала дочь. Гражданка Ш. проживает совместно с дочкой, зятем и внуком в частном доме, принадлежащем ей по праву собственности в порядке наследования от умершего мужа.

В 2008 г. Ш. предложила дочери и сыну принять в дар свое домовладение с условием пожизненного ухода за ней. Сын не проявил инициативы, и она решила передать свое домовладение в дар дочери. В процессе оформления дарственной внучка (дочь сына) заявила иск о признании гражданки Ш. недееспособной. Суд, не поставив в известность ни саму Ш., ни ее дочь, с которой она проживает, назначил по делу амбулаторную СПЭ. После этого в один из дней внучка (со слов Ш. и ее дочери) обманным путем, под предлогом проведения флюорографии, привезла Ш. в другой город, к «какому-то зданию». Из здания вышел «какой-то» мужчина (Ш. слепая на оба глаза), который представился врачом и, подсев к ней в машину (у Ш. в результате гангрены ампутирована правая нога на уровне нижней трети бедра), задал несколько вопросов. После этого ее отвезли в город по месту проживания, где сделали флюорограмму. В последующем состоялось судебное заседание (21.01.2009 г.), о котором Ш. не уведомляли и на котором на основании заключения экспертов суд признал ее недееспособной, а опекуном в последующем была назначена внучка. Следующим был иск о признании недействительной доверенности, выданной Ш. близкому ей человеку на право оформления от ее имени акта дарения. Была назначена амбулаторная СПЭ, которая не смогла решить экспертные вопросы, и Ш. была направлена на стационарную СПЭ, в связи с чем госпитализирована в стационар. Заключение стационарной СПЭ на момент обращения Ш. в ЛРНЦ не было. Гражданка Ш. обратилась с просьбой о тщательном обследовании и ответе на вопрос, страдает ли она каким-либо психическим расстройством, и если да, то каким.

Гражданка Ш. находилась на обследовании в ЛРНЦ «Феникс» с 01.10.2009 по 22.10.2009 г. Все клиническое и патопсихологическое исследование записывалось на видео (полная видеозапись составляет около 10 ч).

Анамнез. Наследственность психопатологически не отягощена, сестра страдает сахарным диабетом.

Родилась старшим ребенком в семье, детство провела в сельской местности Тюменской области. Воспитывалась родителями. Росла подвижной, активной, общительной девочкой. С детства отличалась трудолюбием, выполняла большой объем домашней работы, ухаживала за сестрами. Детские учреждения не посещала, убегала из них. До 5 лет плохо разговаривала. Отрицает детские страхи. Болела корью без осложнений. Отрицает ЧМТ.

В школу пошла в 7 лет. Училась хорошо. Окончила 4 класса, что подтверждено документами. В 11 лет бросила школу по совету родителей и приступила к работе на ферме, где работала до 19 лет. Работала много, ненормированно, с нагрузками справлялась. Адаптировалась в коллективе легко. Выполняла любую работу с удовольствием, быстро, бодро, «в руках все горело».

В 19 лет переехала к сестре в Оренбургскую область, где работала 2 года в столовой (посудомойкой, официанткой) цементного завода. Помогала сестре материально.

В 23 года вышла замуж. Имеет 2 детей (сын и дочь). Обе беременности протекали без осложнений, послеродовые периоды протекали благополучно, каких-либо психопатологических симптомов не выявлялось. Муж запоями употреблял спиртное, по поводу чего в семье были конфликты. Однако вне его злоупотреблений отношения в семье были теплыми.

В 26 лет Ш. с семьей переехала по месту жительства матери мужа в один из городов Ростовской области. В последующем около 25 лет работала уборщицей одновременно на двух работах и параллельно в качестве рабочей помогала мужу строить их дом.

Муж внезапно умер, когда ей было 39 лет. Тяжело пережила утрату («все застыло в груди», чувствовала сжатие в области грудной клетки, плач приносил облегчение и снимал ощущение сжатия в груди). Ш. отрицает снижение аппетита и ухудшение сна в тот период.

В 41 год повторно вышла замуж. Со вторым мужем прожила 8 лет. Семейная жизнь в ее представлении складывалась удачно – «жили душа в душу». Однако дочь считает, что второй муж, используя любовь Ш., манипулировал ею – жил в ее доме, бил детей, изменял. Соседка-подружка сообщила ей об этом, за что муж невзлюбил ее и стал говорить Ш., что соседка подсыпает ей что-то в еду. Ш. говорила дочери: «Я этого не видела, но Ваня же сказал». Сама Ш. на попытки отравления соседкой не жаловалась, украдкой от мужа общалась с ней.

Со слов дочери и самой пациентки, до 1985 г. (47 лет) к врачам не обращалась.

Преморбидно. Общительна, многоречива, доброжелательна, доверчива, безотказна. В быту простая, трудолюбивая, религиозная, склонна

2. ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

2.1. Шизоаффективный психоз

Разбор ведет проф. А.Г.Гофман, врач-докладчик Д.С.Новичков

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется пациентка М. 1972 года рождения, поступившая в нашу больницу 12 октября 2012 г. Данная госпитализация 2-я по счету.

Наследственность отягощена: бабушка со стороны матери покончила жизнь суицидом в 67 лет после смерти мужа; дядя в возрасте 50 лет повесился по неизвестным причинам.

Родилась в Москве, старшая из двоих детей. Родители в разводе. Воспитывалась матерью, отчимом и бабушкой. Беременность у матери протекала с токсокозом, роды в срок. В раннем развитии от сверстников не отставала. Детские инфекции – ветряная оспа, краснуха. С детства по характеру была спокойной, послушной, ответственной. Затруднений в общении со сверстниками не испытывала, любила играть с другими детьми. Посещала детский сад, но после того, как ее наказали и забыли на несколько часов в туалете, детский сад посещать перестала, воспитывалась бабушкой.

В школу пошла в 7,5 лет, училась отлично. Всегда была обязательной, исполнительной, стремилась к получению только отличных отметок. Из предметов любила алгебру, геометрию, не нравилась химия. Имела одну-две подруги. Параллельно занималась гимнастикой, посещала кружок макраме, была в составе совета дружины. Окончила 11 классов.

После получения аттестата хотела поступить в Плехановскую академию, но не добрала 2 баллов. Год проработала курьером, после чего поступила в техникум на факультет экономики и планирования народного хозяйства. Училась заочно и одновременно работала помощником главного бухгалтера на фирме у отца.

В 1992 г. вышла замуж, детей нет. Во время замужества сделала аборт, после чего детей иметь не может. Развелась с мужем после 8 лет совместной жизни, с ее слов, так как они разлюбили друг друга, решение было обоюдным. Повторно вышла замуж в 38 лет, отношения с мужем хорошие.

В 1994 г., окончив техникум, устроилась главным бухгалтером в частный магазинчик, проработала 8 лет на данном месте и уволилась. 3 года рабо-

тала главным бухгалтером в мебельном магазине. Впоследствии устроилась в торгово-промышленную фирму, 6 лет работала в должности главного бухгалтера, затем получила повышение и стала финансовым директором.

В декабре 2011 г. после конфликта с генеральным директором из-за финансовых разногласий уволилась с работы. После этого пробовала работать по специальности в других местах, но на работе долго не удерживалась, стала уставать, тяготиться работой. С этого момента считает себя больной: нарушился сон, постоянно думала о прежнем месте работы, переживала, что они обанкротятся, появилась тревога.

В сентябре 2012 г. состояние ухудшилось: стала мысленно сама себе задавать вопросы и отвечать на них, подбирать правильное решение, считала, что «сейчас взорвется» голова, что в «ней все спуталось», «происходит что-то непонятное», что она сделала что-то не так, стала искать чужих в семье, свое состояние объяснить не могла. Была осмотрена дежурным психиатром. Стационарирована в психиатрическую больницу №3 впервые в жизни 10 сентября 2012 г., дала согласие.

При поступлении ориентирована всесторонне правильно. Темп речи неровный – то молчит подолгу, то быстро, сумбурно отвечает на вопрос. Напряжена, тревожна. Говорит, что у нее «все спуталось в голове». В целом преобладает аффект недоумения, растерянности. Полностью свои переживания не раскрывает. Обманы восприятия отрицает. Просит сделать ей укол, «чтобы выспаться». В отделении первое время оставалась тревожной, растерянной, не могла объяснить своего состояния. Постепенно на фоне проводимой терапии состояние пациентки улучшилось. Внешне спокойна. Сама отмечает, что чувствует себя лучше, спокойнее, увереннее. Сон и аппетит достаточные. Избирательно общается с больными. Соматическое состояние удовлетворительное.

Была консультирована проф. С.Ю.Циркиным, который поставил диагноз «депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами».

Была обследована психологом. По результатам психологического обследования на первый план выступают нарушения в сфере внимания, элементы амбивалентности и субъективизма в сфере мышления на фоне повышенного уровня внутреннего напряжения, неустойчивости эмоционального состояния, настороженного отношения к окружающим.

В больнице получала лечение: галоперидол в/м 15 мг/сут., вальпарин 600 мг/сут., тизерцин 75 мг/сут.

Впоследствии больная обратилась с письменным заявлением о выписке, так как намерена продолжать лечение в санаторных условиях. Муж поддержал ее в этом. 2 октября 2012 г. больная была выписана с рекомендацией поддерживающей терапии: галоперидол 4,5 мг/сут., тригексифенидил 6 мг/сут., хлорпротиксен 15 мг н/н.

После выписки больная ПНД не посещала, поддерживающую терапию не принимала. С первого дня пребывания дома возобновилась тревога, стала плохо спать. Появились мысли об уходе с работы, «генеральном крахе». Отец больной увез ее к себе на дачу. На даче состояние усугубилось:

на задаваемые вопросы отвечала невпопад, целыми днями спала, ночью бродила по дому.

Утром 12.10.2012 г. в сопровождении матери обратилась в приемное отделение с просьбой о госпитализации. Стационарирована в ПБ №3, дала согласие на лечение. В приемном отделении во времени ориентирована приблизительно – говорит, что «октябрь 2012 г.». Понимает, что находится в ПБ №3. Тревожна, напряжена. Сообщает, что в ее голове путаются мысли, что на ее мысли кто-то воздействует, что у нее из-за этого кружится голова, ничего не соображает. Жалуется на плохой сон. Настроение неустойчивое, легко раздражается.

Соматический статус. На обеих голенях гематомы. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, на передней стенке рубец после операции. Анализ крови и мочи в пределах нормы. Заключение терапевта: без патологии.

Флюорография от 01.10.2012 г.: легочные поля прозрачные. Легочный рисунок не изменен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Сердце и аорта в пределах нормы.

Неврологический статус. Эмоционально снижена, вяла. Зрачки правильной формы, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы с конечностей живые, равны. Координационных расстройств, нарушений чувствительности, менингеальных знаков нет. Заключение невропатолога: психовегетативный синдром.

Психический статус в отделении. Осмотрена в кабинете. На беседу пришла самостоятельно. В сознании. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована верно. Парамимична. Во время беседы неадекватно улыбается, говорит, что ей «открылся смысл сказанного ранее одним знакомым». Не может последовательно описать события после выписки, «все перепуталось», «надо проспать». Обманы восприятия отрицает. Считает, что вокруг нее «все подстроено», что «люди загримированы». Двигательно немного заторможена. Дала письменное согласие на лечение. В отделении первое время вяла, сонлива, много спит. На задаваемые врачом вопросы отвечает односложно. Остается загруженной своими переживаниями. Держится обособленно, к общению не стремится. Аппетит снижен. Соматическое состояние удовлетворительное.

Постепенно на фоне проводимой терапии нормализовался сон, аппетит. Стала спокойной, упорядоченной в поведении, сама отмечает, что стала более собранной, «стало легче соображать». Избирательно общается с соседями по палате. В беседе остается отгороженной, однако говорит, что «все налаживается», «голова становится яснее». Соматически стабильна.

Была осмотрена психологом 20.11.2012 г.

Психолог. Обследуемая ориентирована полностью, в контакте адекватна, упорядочена, доброжелательна. На вопросы отвечает в плане заданного. Причину госпитализации внятно объяснить не может. Сообщает, что скорую помощь вызвал ее отец, потому что она, наверное, «как-то себя

неправильно вела». Но сама она ничего об этом не помнит. На психическое состояние на момент обследования жалоб не высказывает. К обследованию мотивация достаточная. Задания выполняет в полном объеме, старается, интересуется результатами.

По объективным данным: внимание неустойчиво, нарушены концентрация и распределение. Память в нижних пределах нормы. Обследуемая воспроизводит по порядку 5–7–7–8 слов из 10, отсроченное воспроизведение 8 слов. При опосредованном запоминании воспроизводится 100% материала. Ассоциативный процесс протекает в неровном темпе. Например, при опосредовании слова «страх» обследуемая дала так называемую «шоковую реакцию», т.е. длительную задержку во времени между предъявлением стимула и ответом. И говорила при этом, что не знает, что рисовать, не знает, чего бояться люди. Когда ее спросили: «А Вы чего боитесь?», она сказала: «Я боюсь одиночества, но это же не нарисуюшь». В конце концов она нарисовала человека за решеткой с комментарием, что «от сумы и от тюрьмы не зарекайся».

В целом образы адекватные, эмоционально насыщены, по содержанию индивидуально значимы. Графика содержит признаки сосудистой патологии, в проективном плане свидетельствует о тревожном, эмоционально неустойчивом состоянии обследуемой. Интеллект соответствует образованию. Категориальный способ решения мыслительных задач доступен и активно используется. Переносный смысл пословиц трактует правильно, но на конкретно субъективном уровне. Например, пословицу «Не все то золото, что блестит» объясняет так: «Вот если смотреть резюме, которое присылают люди, устраивающиеся на работу, то оно выглядит глянцевым и идеальным, а человек на работе не может и 3 мес. продержаться после этого».

Процессуально-специфических нарушений мышления не выявлено. Эмоционально-личностная сфера характеризуется в первую очередь актуальностью индивидуально значимых переживаний, связанных с рабочей деятельностью обследуемой, тревожностью, эмоциональной неустойчивостью. Проективная диагностика выявляет потребность в поддержке, в теплых отношениях, ранимость, эмоциональный регресс, негативные самоощущения, которые, однако, тщательно скрываются за счет повышенного самоконтроля.

Таким образом, психологическое обследование выявляет актуальность индивидуально значимых переживаний, связанных в первую очередь с трудовой деятельностью обследуемой, у тревожной, эмоционально неустойчивой личности на легко выраженном сосудистом фоне.

Ведущий. *Почему сделан вывод о сосудистом фоне? – Особенности графики. – Понятно. Какие-то вопросы есть к психологу? Нет? Спасибо.*

Вопросы врачу-докладчику

Ведущий. *Что сейчас она получает, препараты и дозировки?* – Она получает амитриптилин по 25 мг 3 раза в день, ПК-мерц 100 мг утром и азалептин 150 мг/сут.

– *Во время этого поступления вначале ей давались какие-то антипсихотики?* – Был сделан Клопиксол-Акуфаз в/м в дозе 50 мг и потом клопиксол депо 200 мг. И все, больше ничего не было. – *Понятно. Но она поступила совсем недавно, и клопиксол еще действует.*

– *Скажите, пожалуйста, мысли о том, что все подстроено, запрограммировано, когда это произошло после поступления? Динамика психотических синдромов?* – Прошло примерно через 2 нед. от начала лечения.

Ведущий. *Она повторно была госпитализирована 12 октября, с 13-го – терапия. Через сколько дней примерно – или через неделю, или через две – исчезли все эти заявления о том, что вокруг происходит?* – Через 2 нед. – *Через 2 нед. Вот, видите? Получается, на клопикsole все было устранено.*

– *ЭЭГ, М-эхо делали?* – Нет.

– *Какие-то специальные виды психотерапии использованы были или нет?* – Нет.

– *Ей сейчас сколько лет?* – Ей сейчас 39 лет. – *И как она считает, заболела она когда?* – Она считает, что она заболела в декабре 2011 г. после того, как ее уволили с работы, когда она поссорилась с директором на фирме, в которой работала. И она говорит, что после этого плохо спала по ночам, а потом на фоне плохого сна у нее появилась тревога. И вот так симптоматика стала нарастать.

Ведущий: *Вопросов нет? Хорошо. Давайте ее попросим сюда. Ее имя напомните мне.* – *Татьяна Ивановна.* (Имя и отчество изменены.)

Беседа с больной

Ведущий. *Добрый день! Татьяна Ивановна Вас зовут, да?* – *Да.* – *Садитесь, пожалуйста. Татьяна Ивановна, это все врачи. Я тоже врач. Вот собрались для того, чтобы обсудить, как Вам помочь, что сделать, чтоб все было хорошо. Как Вы сейчас себя чувствуете?* – *Ну, сейчас я на данный момент волнуюсь очень. Потому что при таком количестве народа я никогда, в общем, не была.* – *Понятно. Ну, а вот до того, как Вы вошли в этот зал, как Вы себя чувствовали, до волнения?* – *Достаточно уверенно.* – *Но когда Вы поступили в больницу, этой уверенности не было?* – *Нет, не было.* – *Не было. Когда она появилась?* – *Ну, наверное, недели полторы назад стало лучше, с каждым днем стало лучше. Все мысли у меня начали собираться в одном месте, раскладываться как бы по полочкам.* – *А до этого трудно было думать?* – *Нет. Скорее, Вы знаете, сродни вот этому мультику про Карлсона...* – *Как?* – *Ну, наверное, как Фрекен Бок, которая так, как в мультике, голова у нее в разные стороны качалась, а у меня также вот приблизительно качались мои мысли.* – *Но мысли были Ваши?* – *Да.* – *Что значит*

5. ДЕМЕНЦИИ

5.1. Деменции позднего возраста

Семинар ведет Я.Б.Калын, врач-докладчик С.И.Перминов

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной С. 1934 года рождения, поступивший в больницу №3 им. В.А.Гиляровского 2 апреля 2009 г. впервые по направлению дежурного психиатра.

Анамнез (со слов больного, его приемной дочери и сына). Известно, что отец больного был инженером-химиком, работал в Москве на химическом заводе. Алкоголем не злоупотреблял. По характеру был спокойным, общительным, любил играть в теннис, занимался фигурным катанием. Умер много лет назад. Мать больного тоже была инженером-химиком на химическом заводе. По характеру была спокойная, ласковая. Страдала онкологическим заболеванием, много лет назад умерла. Никто из родственников в психиатрической больнице не лечился. Больной единственный ребенок в семье. Помнит себя с 6 лет. Развивался своевременно (с его слов). По характеру формировался спокойным, приветливым, общительным, добрым, очень любил животных, особенно собак. Во время войны семья была эвакуирована в Омск. Бытовые условия там были тяжелые, семья недоедала, питание было однообразным. Учился в школе в Омске. К точным наукам интереса не испытывал, предпочитал гуманитарные предметы. Имел много друзей в школе, поведение его было удовлетворительным. После возвращения в Москву продолжил обучение в школе. Окончил 10 классов и поступил в Московский библиотечный институт на факультет художественной литературы. Учился с увлечением, занимался общественной работой. Много читал. После окончания института был призван в армию. Служил в Закарпатском военном округе в гаубичном артиллерийском полку. Был комсоргом полка. Участник событий в Венгрии в 1956 г. Во время этих событий ранений он не имел. Является участником войны. После увольнения в запас занимался литературной деятельностью, работал журналистом в газете «Московский комсомолец», печатал рассказы, очерки в журналах «Огонек» и «Смена». Печатал свои статьи в журнале «Новый мир», был знаком с его главным редактором Твардовским. В дальнейшем работал в Комитете по телевидению и радиовещанию вплоть до выхода на пенсию. Всегда по долгу службы ему приходилось общаться с большим количеством

людей, в том числе сослуживцами, с которыми он поддерживал ровные отношения. Близких друзей у него было немного. Женился на женщине с ребенком. От брака у них есть общий сын. Жена тоже журналист, автор нескольких книг. Сын художник, занимается книжной графикой. Отношения в семье ровные, уважительные. Больной всегда вел здоровый образ жизни, алкоголем не злоупотреблял, не курит. Занимался легкой атлетикой, перенес спортивную травму левого коленного сустава, которая сейчас его беспокоит. Проживают вдвоем с женой в двухкомнатной квартире. Являлся членом Союза писателей СССР. Одно время занимал должность секретаря Союза журналистов Москвы. Автор многих прозаических и поэтических книг. Издал роман, сборник стихов «Четыре Онегина», лауреат двух литературных конкурсов, награжден за заслуги перед отечественной журналистикой памятным знаком «Триста лет российской журналистике». Является заслуженным работником культуры России.

В течение нескольких лет у него на голенях и стопах появляются отеки, но он за помощью не обращается. Последние годы страдает артрозом коленных суставов. Повышения артериального давления не отмечалось. Травм головы не было. Туберкулезом не болел. С 2005 г. он стал испытывать чувство неудовлетворенности своей работой, считал, что радиопередачи не отражают истинного положения в стране, что «кругом сплошное вранье». Критически обсуждал материалы коллег, говорил об этом своему руководству, в результате чего нажил себе много неприятностей. У него, как он считает, появились недоброжелатели, которые клязничали за его спиной, пытались подставить, писали на него доносы. Кто конкретно – он сказать не может, но подозревал двух-трех человек. В итоге создались такие условия, что ему пришлось написать заявление об уходе и уволиться с работы. С 2007 г. он не работает и является пенсионером. Родственники стали замечать у него психические нарушения как раз после увольнения его с работы из Радиокomiteта в 2007 г. Они отметили, что он стал забывчивым, отмечалась потеря памяти, забывал закрыть газ, стал собирать ненужный хлам, газетки различные коллекционировать, делать ненужные покупки. Ходил в магазин. Ему стали писать на листочке, что нужно купить. Он этим пользовался, хотя все равно забывал, что нужно купить. Стал неточно ориентироваться в текущих датах. Родственники отметили, что у него усилился аппетит, стал много кушать. Иногда наблюдали у него совсем неадекватные действия: выносил мусор на лестничную площадку, иногда высыпал его в электрощиток. За 4 дня до госпитализации он не спал, собирался уходить из квартиры, хотел съездить к матери на Плющиху. Полагал, что находится на радио, будучи дома, собирался ехать домой. Перестал ориентироваться во времени, выходил по ночам на улицу за газетами в киоск. Удивлялся, что киоск закрыт, возвращался домой. Стал очень тревожным, беспокойным, раздражительным, суетливым. Дежурным психиатром доставлен на лечение в нашу больницу (родственники вызвали врача) с диагнозом «сенильная деменция», и он был госпитализирован.

Соматическое состояние. Умеренного пониженного питания, кожные покровы сухие, бледные, акроцианоз. Стопы и голени отечные, конфигурации коленных суставов сглажены, волосы седые, редкие, зубы в полости рта отсутствуют, пользуется съемными протезами. Зев чист. Пульс малый, редкий. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок разлитой, смещен вправо. Левая граница сердца смещена влево и отстоит на 2 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений 58–62 в минуту. 1-й тон ослаблен, 2-й тон не выслушивается. Выслушивается грубый систолический шум во всех точках аускультации, более грубый во II межреберье справа от грудины, проводится он на сонной артерии в межлопаточное пространство и на брюшную аорту. АД 110/70. На коже правой подвздошной области имеется старый послеоперационный рубец. Живот мягкий при пальпации, чувствительный в области правого подреберья, печень выступает из-под правого подреберья на 1 см. На коже стоп и голени трофические изменения.

Анализы. ИФА на сифилис – отрицательны. Антител на печени не обнаружено. БАК-анализы отрицательны. Общий белок – 62 г/л – норма. Мочевина – 5,1 ммоль/л – норма, креатинин 95 мкмоль/л – норма, холестерин – 4,4 ммоль/л – норма. Общий билирубин – 21,5 мкмоль/л. СТ и ЛТ – в пределах нормы. Сахар в крови – 4,2. Гемоглобин – 141 – норма. Лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л – норма. СОЭ – 21 мм/ч.

Общий анализ мочи – удельный вес нормальный, следы белка, осадок без патологических изменений.

ЭКГ – синусовый ритм, вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки изменения миокарда с изменениями метоболического характера.

Рентген от 07.04.2009 г. Эмфизема, пневмосклероз, корнеструктурный, синусосвободный. Диафрагма без особенностей. Левый желудочек умеренно расширен, аорта склерозирована.

Окулист. Диски зрительных нервов бледно-розовые, границы изменены, сосуды извиты, умеренно сужены, уплотнены, склерозированы. Склеры глаз частично в тумане, начальная катаракта обоих глаз.

Хирург. Деформирующий артроз коленных суставов.

ЛОР. Признаки хронического субатрофического фарингита.

Терапевт. ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, относительная недостаточность митрального, трикуспидального, артрального клапанов, недостаточность кровообращения 2-й степени. Атеросклероз магистральных артерий головы. Эмфизема легких.

Неврологический статус. Зрачки одинаковы, фотореакция сохранена. Не доводит глазные яблоки до наружных спаек, больше всего влево. Ослаблена конвергенция справа. Чуть сглажена правая носогубная складка. Мягкое небо малоподвижно, тонус мышц конечностей чуть снижен слева, сухожильные рефлексы преобладают слева. Слева в руке незначительно снижена сила. Координаторные пробы выполняет с интенцией, чуть боль-

шей слева. Мелкий тремор пальцев рук, намечены ладонно-подбородочные знаки. Поясничный лордоз грубо сглажен, менингеальных знаков нет.

Рентген черепа в двух проекциях без патологических изменений.

ЭхоЭГ. Смещения М-эхо нет. Признаки легкой гидроцефалии, внутричерепной гипертензии.

Заключение психолога от 09.04.2009 г. Обследуемый продуктивному контакту доступен. В месте ориентирован полно, во времени дезориентирован. Правильно определяет только текущий сезон. В беседе занимает активную позицию. Подробно рассказывает о своих достижениях, своих книгах, образовании. Наличие жалоб отрицает. Инструкции усваивает с трудом, часто в ходе работы теряет их. В ходе работы отмечает моменты спонтанной активности по типу полевого поведения. Например, видит книгу на полке и без спроса пытается ее взять. Во время обследования при обнаружении своей несостоятельности раздражается, возникают негативистические реакции. Мотивация к работе неустойчивая. Интерес к заданиям сменяется возмущением фактом необходимости проходить обследование и желанием прекратить работу. Темп деятельности снижен. Объем внимания и памяти резко сужен. Отмечаются выраженные колебания уровня активного внимания. По результатам выполнения локальных проб при выполнении заданий в двигательной сфере отмечаются персеверации в виде уплощения программы деятельности, трудности перехода от одного элемента программы действий к другому. Основные компоненты инструментального обследования работы высших психических функций относительно сохранены. Кривая запоминания: 4–5–4–4–5 слов из 10, ретенция – 1 слово. Смысловая организация материала для запоминания в объеме небольших предложений не улучшает качества. При непосредственном воспроизведении фраз имеют место элементы контаминаций. Графика имеет нерезко выраженные сосудистые органические черты. Мышление характеризуется тугоподвижностью, неравномерностью уровня достижений на фоне истощаемости. Категориальные обобщения доступны при условии подсказки, являются доминирующим модусом работы. Переносный смысл пословиц и метафор понимает верно. Эмоционально-личностная сфера характеризуется эгоцентризмом, экспансивностью, ригидностью установок, аффективной напряженностью, легкостью возникновения негативистических реакций, повышенной амбициозностью, потребность во внимании окружающих сочетается с переживанием собственной несостоятельности, ограничением своих возможностей. Критические способности снижены.

Таким образом, в результате психологического обследования выявляются сочетания нарушений в сфере произвольной регуляции: сокращение и утрата программы деятельности, ослабление произвольного контроля, элементы полевого поведения, недостаточность критических способностей и снижение психической активности: снижение темпа деятельности, истощаемость, сужение объема внимания и памяти, колебания уровня активного внимания, а также мнестическое снижение по типу корсаковского мнестиче-