

Беккер И.М.

Школа молодого психиатра



Содержание

[Предисловие к первой части](#) - 11 стр.

[История психиатрии](#) - 12 стр.

[История психиатрии. Вклад в развитие](#) - 17 стр.

[Введение в психиатрическую пропедевтику](#) - 20 стр.

[Принципы беседы или клинического интервью](#) - 24 стр.

[Медицинские предрассудки Ясперса](#) - 26 стр.

[Расстройства восприятия](#) - 26 стр.

[Расстройства восприятия. Искажение или изменение ощущений](#) - 28 стр.

[Расстройства восприятия. Иллюзии](#) - 28 стр.

[Расстройства восприятия. Галлюцинации](#) - 29 стр.

[Расстройства восприятия. Рефлекторные и функциональные галлюцинации](#) - 31 стр.

[Ассоциированные, Билатеральные, Антагонистические, Ацеломорфные галлюцинации](#) - 31 стр.

[Галлюцинации императивные, комментирующие, лилипутные, музыкальные](#) - 33 стр.

[Галлюцинации сценические, моторные, обонятельные, негативные, панорамные](#) - 35 стр.

[Псевдогаллюцинации](#) - 36 стр.

[Псевдогаллюцинации по Кандинскому](#) - 37 стр.

[Вербальные, Речедвигательные псевдогаллюцинации.](#) - 38 стр.

[Комплексные псевдогаллюцинации](#) - 39 стр.

[Психосенсорные расстройства. Галлюцинозы](#) - 40 стр.

[Психосенсорные расстройства. Галлюцинозы. Завершение темы](#) - 42 стр.

[Нарушения восприятия пространства и времени](#) - 43 стр.

[Ускорение или замедление хода времени. Утраченное осознание времени и другие](#) - 44 стр.

[Расстройства мышления. Бред](#) - 46 стр.

[Расстройства мышления. Бред \(Анализ, Сравнение, Абстрагирование\)](#) - 47 стр.

[Еще два понятия из психологии мышления](#) - 48 стр.

[Нарушение целенаправленности мышления и Соскальзывание](#) - 49 стр.

[Расстройства мышления. Бред - остановка, закупорка мышления](#) - 50 стр.

[Расстройства мышления. Бред в примерах](#) - 52 стр.

[Апрозективная бессвязность](#) - 53 стр.

[Интрапсихическая атаксия](#) - 54 стр.

[Нарушения содержания мышления- сверхценные и бредовые идеи](#) - 55 стр.

[Сверхценные идеи, примеры](#) - 56 стр.

[Острый чувственный бред](#) - 59 стр.

[Синдром Капгра. Бред ревности](#) - 60 стр.

[Бред изобретательства и бред преследования](#) - 62 стр.

[Бред преследования и бред толкования](#) - 63 стр.

[Бред физического воздействия и бред психического воздействия](#) - 64 стр.

[Конформный бред](#) - 65 стр.

[Бред. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Голотимический и кататимический бред](#) - 66 стр.

[Канцеромания и шизофреномания](#) - 68 стр.

[Дисморфоманический синдром.](#) - 69 стр.

[Особый вид дисморфомании](#) - 71 стр.

[Бред Котара](#) - 71 стр.

[Бред реформаторства](#) - 73 стр.

[Индукцированный бред](#) - 73 стр.

[Резидуальный бред. Параноидальный синдром](#) - 74 стр.

[Галлюцинаторные и бредовые переживания](#) - 75 стр.

[Идеаторные автоматизмы](#) - 77 стр.

[Автоматизм речедвигательный \(Сегла\). Острый синдром Кандинского-Клерамбо](#) - 78 стр.

[Этно-культуральный аспект бреда и отличие бреда от суеверий](#) - 79 стр.

[Бред малого размаха](#) -80

[Парафрени](#) - 81 стр.

[Нарушения эмоциональной сферы](#) - 82 стр.

[Дисфория. Гипертимия](#) - 84 стр.

[Эйфория](#) - 85 стр.

[Апатия и Эмоциональная нивелировка](#) - 86 стр.

[Эмоциональное снижение и Эмоциональная слабость](#) - 87 стр.

[Депрессии без депрессии или маскированные депрессии](#) - 88 стр.

[Проявления маскированной депрессии](#) - 90 стр.

[Синдромы депрессивных расстройств при субпсихотическом уровне патологии](#) - 92 стр.

[Страх](#) - 92 стр.

[Внимание и его нарушения. Расстройства самосознания](#) - 94 стр.

[Сужение и Тугоподвижность объема внимания](#) - 95 стр.

[Нарушения самосознания](#) - 96 стр.

[Чувство деятельности. Чувство единства «Я». Идентичность «Я»](#) - 98 стр.

[Дереализация и Деперсонализация](#) - 99 стр.

[Аллопсихическая деперсонализация](#) - 100 стр.

[Не совсем привычный вид деперсонализации](#) - 101 стр.

[Расстройства сознания](#) - 102 стр.

[Оглушение](#) - 103 стр.

[Иллюстрация оглушения](#) - 104 стр.

[Делирий](#) - 105 стр.

[Мусситирующий делирий и профессиональный делирий](#) - 107 стр.

[Динамика развития онейроидного приступа](#) - 108 стр.

[Онейроид](#) - 110 стр.

[Аменция](#) - 111 стр.

[Сумеречное помрачение сознания](#) - 113 стр.

[Аура сознания при эпилепсии](#) - 114 стр.

[Ганзеровский синдром](#) - 116 стр.

[Нарушения в двигательной сфере. Кататонические расстройства. Нарушения влечений](#) - 118 стр.

[Нарушения влечений](#) - 119 стр.

[Эхопраксия](#) - 120 стр.

[Развернутое растерянно-патетическое возбуждение](#) - 121 стр.

[Клептомания и дромомания](#) - 122 стр.

[Патологические изменения влечения к пище](#) - 123 стр.

[Половые извращения \(перверсии, парафилии\). Ретифизм. Трансвеститский фетишизм](#) - 124 стр.

[Эксгибиционизм и Вуайеризм](#) - 125 стр.

[Педофилия](#) - 127 стр.

[Садомазохизм. Гербиллинг](#) - 128 стр.

[Бертранизм](#) - 129 стр.

[Некрофилия и парафилия](#) - 129 стр.

[Парафилия](#) - 130 стр.

[Расстройства памяти](#) - 131 стр.

[Амнезия](#) - 133 стр.

[Конградная амнезия, Антероретроградная, Ретардированная амнезия](#) - 134 стр.

[Эпохальная и Фиксационная амнезия](#) - 135 стр.

[Аффектогенная амнезия](#) - 136 стр.

[Перфорационная и Мотивированная амнезия](#) - 137 стр.

[Детская и Прогрессирующая амнезия](#) - 138 стр.

[Криптомнезия. Конфабуляции](#) - 138 стр.

[Фантастические конфабуляции](#) - 140 стр.

[Расстройства интеллекта. Слабоумие](#) - 141 стр.

[Педагогическая антропология](#) - 142 стр.

[Имбецильность и дебильность](#) - 144 стр.

[Умственная отсталость](#) - 145 стр.

[Виды органической деменции](#) - 146 стр.

[Психоорганический синдром](#) - 147 стр.

[Три стадии психоорганического синдрома](#) - 148 стр.

[Синдром расторможения](#) - 149 стр.

[Псевдопаралитический синдром](#) - 150 стр.

[Расстройства личности](#) - 151 стр.

[Истероидный \(демонстративный\) тип личности](#) - 152 стр.

[Симптом истерии - камптокормия](#) - 154 стр.

[Возбудимая личность](#) - 156 стр.

[Параноидальная \(параноидная\) личность](#) - 156 стр.

[Шизоидная личность](#) - 157 стр.

[Негативные синдромы](#) - 161 стр.

[Симптом Феофраста](#) - 162 стр.

[Синдром юношеской философической интоксикации](#) - 164 стр.

[Философическая интоксикация](#) - 165 стр.

[Философическая интоксикация, пример](#) - 166 стр.

[Психопатоподобный личностный сдвиг](#) - 167 стр.

[Негативные расстройства при шизофрении](#) - 168 стр.

[РЭП. Редукция энергетического потенциала](#) - 170 стр.

[Аутизм наизнанку, или регрессивную синтонность](#) - 171 стр.

[Синдром дрейфа](#) - 173 стр.

[Дефект личности типа Фершробен](#) - 174 стр.

[Дефект типа простого дефицита](#) - 175 стр.

[Сцеволизм](#) - 176 стр.

[Регресс личности](#) - 179 стр.

[Негативные нарушения с точки зрения феноменологического познания этой патологии](#) - 180 стр.

[Предисловие ко второй части](#) - 181 стр.

[Случаи шизофрении. Вялотекущая шизофрения](#) - 182 стр.

[Гебоидная шизофрения](#) - 183 стр.

[Шизотипическое расстройство с дисморфоманией](#) - 188 стр.

[Переходный вариант. Шизофрения с ипохондрическим бредом](#) - 191 стр.

[Шизофрения с ипохондрическим бредом](#) - 193 стр.

[Содержание параноидального ипохондрического бреда](#) - 197 стр.

[Непрерывная параноидная шизофрения](#) - 197 стр.

[Шизофрения с галлюцинаторным вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо](#) - 199 стр.

[Непрерывная параноидная шизофрения \(продолжение\)](#) - 202 стр.

[Шизофрения с бредовым вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо \(«Роман в письмах»\)](#) - 204

стр.

[Случай 6. 52 года лечения параноидной шизофрении](#) - 211 стр.

[Случай 7. Шизофрения с шизофреноманией. Особый вариант некритичности](#) - 214 стр.

[Случай 8. Шизофрения приступообразно-прогредиентная, с шубом, сопряженным с убийством матери](#) - 217 стр.

[Случай 9. Шизофрения приступообразная с эротоманией и редуцированием ОКП](#) - 221 стр.

[Шизофрения в детском возрасте. Детская шизофрения, среднепрогредиентная](#) - 225 стр.

[Детская шизофрения с навязчивостями, малопрогредиентная](#) - 227 стр.

[Детская шизофрения с аутизмом наизнанку. Случай 12](#) - 229 стр.

[Случай 13. Детская шизофрения с элементами синдрома К-К, грубопрогредиентная](#) - 230 стр.

[Случай 14. Злокачественная юношеская шизофрения](#) - 232 стр.

[Случай 15. Биполярное аффективное расстройство к. тж](#) - 234 стр.

[Случай 16. Эпилепсия, сопряженная с убийством семьи](#) - 236 стр.

[Случай 17. Эпилептический психоз с убийством прихожанки в церкви](#) - 242 стр.

[Случай 18. Органическое психическое расстройство вследствие черепно-мозговой травмы с изнасилованием и покушением на убийство потерпевшей](#) - 243 стр.

[Случай 19. Алкогольный психоз и детоубийство](#) - 245 стр.

[Случай 20. Ошибочная диагностика шизофрении? Наркомания?](#) - 250 стр.

[Случай 21. Психоз при соматическом поражении мозга, легких и миокарда](#) - 254 стр.

[Случай 22. Брюшнотифозный психоз с аменцией](#) - 256 стр.

[Случай 23. Сосудистая деменция](#) - 259 стр.

[Случай 24. Психоз при тромбоэндокардите. Работа над ошибками](#) - 262 стр.

[Случай 25. Болезнь Альцгеймера](#) - 265 стр.

[Психические расстройства при опухолях головного мозга](#) - 268 стр.

[Случай 26. Психические нарушения при опухоли лобной доли](#) - 269 стр.

[Случай 27. Шизофреноподобный психоз при опухоли ольфакторной ямки](#) - 270 стр.

[Случай 28. Клиническая картина нарушений сознания при опухолях височной доли](#) - 276 стр.

[Случай 29. Псевдоистерия при опухоли дна III желудочка](#) - 277 стр.

[Расстройства личности. Психастеническое расстройство личности](#) - 279 стр.

[Случай 30. Психастеническое расстройство личности или генерализованное тревожное расстройство?](#) - 279 стр.

[Случай 31. Часть первая. Ганзеровский синдром](#) - 284 стр.

[Декомпенсация истерической психопатии](#) - 288 стр.

[Случай 32. Параноидальное расстройство личности](#) - 289 стр.

[Случай 33. Шизоидное или шизотипическое расстройство личности?](#) - 294 стр.

[Случай 34. Реактивная депрессия на фоне сосудистой патологии мозга](#) - 297 стр.

[Случай 35. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветерана Чеченской войны](#) - 300 стр.

[Синдром патологического фантазирования](#) - 304 стр.

[Случай 37. Синдром патологического фантазирования или явление общественного сознания?](#) -

305 стр.

Предисловие к первой части

Дорогие коллеги! Вы держите в руках книгу, в которой обобщен учительский опыт. Автор этих строк много лет преподавал психиатрию врачам-интернам. Мы знаем, что общая психопатология — это введение в психиатрию. Через знание симптомов, синдромов и феноменов общей психопатологии врач приближается к диагностике и пониманию психического заболевания у конкретного больного. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии — отнюдь не руководство по общей психопатологии. Автор ставил перед собой более скромную задачу — ввести молодых врачей в сложную специальность, научить их размышлять, анализировать то, что «лежит на поверхности» состояния души пациента, и то, что скрыто в глубинах его души, подготовить будущих врачей к самостоятельному фундаментальному изучению основного курса психиатрии. Учебный материал иллюстрирован клиническими примерами, случаями из жизни, литературными вставками, как правило, далеко выходящими за пределы изучаемого раздела по той простой причине, что исключительно редко имеется возможность познавать психические расстройства в виде изолированных кусочков и фрагментов единого и многообразного психического состояния больного. Хотелось бы, чтобы книга читалась и воспринималась с таким же интересом, как новый детективный роман, чтобы изложение психопатологии для молодого врача стало красивой песней, которую хочется слушать и слушать. Кто сказал, что основы науки или специальности должны

быть скучны и невыразительны, как таблицы логарифмов? Мы будем изучать введение в душе- ведение, а что может быть сложнее, удивительнее и прекраснее, чем взгляд человека, обращенный внутрь самого себя?

Несколько слов о методологии построения книги. Преподаватель любой специальности не только может, но и должен аккумулировать в учебном материале основы знаний по предмету, накопленные человечеством, поэтому он должен много знать, а для этого ему надо «учиться, учиться и учиться». Излагая основы науки, мало что можно и должно придумывать самому преподавателю. Мы представим, конечно, и свои собственные клинические случаи, описания ученых психиатров многих прошедших десятилетий, их взгляды, гипотезы, выводы. Для особо любознательных в конце книги, в приложениях, представлены четыре статьи автора с собственными редкими случаями из клинической практики и их анализ с феноменологических позиций. Вместе с тем наша главная задача — научиться соотносить полученные знания с не вмещающимися ни в какие рамки реальными случаями из жизни, с проявлениями болезни, которые каждый раз имеют особенный колорит и уникальность. Древние говорили: «Ad narrandum, non ad probandum» («для того, чтобы рассказать, не для того, чтобы доказать»), — мы постараемся не статистически выверенными научными параграфами приближаться к истине, не только по таблице учебника изучать живой и ускользающий феномен душевной жизни, а свободным размышлением и рассуждением опознавать явление и суть болезни человеческой души. Все случаи из жизни, все примеры из монографий далекого и близкого прошлого будут выделяться курсивом.

Краеугольный камень современной психопатологии заложен, несомненно, Карлом Ясперсом. Возможно, вы уже заглядывали в его замечательную книгу, но вряд ли вы дочитали ее до конца и усвоили полностью ее содержание. На страницах нашей книги мы будем неоднократно возвращаться к «Общей психопатологии» К. Ясперса. Отдельными маленькими фрагментами, пояснениями мы будем вчитываться в текст, пришедший к нам из первой половины XX столетия. И главное, что нужно нам понять, — это причины, по которым Ясперс решился на свой титанический труд. Титаны были и до него. Эмиль Крепелин, обработав более 10 тыс. историй психически больных Гейдельбергской клиники, много раз издавал свой учебник психиатрии, достигший в последнем издании 3000 страниц. Даже зрительно трудно представить себе сей труд человеческий. Но Ясперс спросил себя и всех нас, как получить аподиктическое (достоверное) знание о том, что творится в душе больного человека. Ведь она, душа, скрыта от глаз, ушей, всех органов чувств психопатолога. Она есть «вещь в себе» для стороннего наблюдателя. Как же мы можем достоверно оценивать ее состояние? Это отнюдь не праздный вопрос. За 2 тыс. лет до Ясперса об этом размышляли древнегреческие философы Пиррон и Секст Эмпирик. Именно они подвергали сомнению все знания человека, добытые опытным путем или размышлением. Но человечество не могло остановиться в поисках истины, изобретая раз за разом все новые и новые пути ее познания [77]. Французский ученый, философ Рене Декарт предложил человечеству «методическое сомнение», в основу которого положил знаменитое высказывание *cogito ergo sum* (я мыслю, следовательно, существую) [24]. И. Кант обосновал границы «чистого разума», пределы, дальше которых мысль человека не может считаться истинной [33]. Э. Гуссерль, модернизировав древний принцип «эпохе» (воздержание от суждения), с помощью философского метода - феноменологической редукции, предложил свой способ поиска истины, который и взял на вооружение Ясперс [23]. В самом начале своего труда он разделил все психопатологические феномены на две большие группы — субъективные и объективные расстройства психической жизни [79]. По ходу наших лекций, разбирая каждое очередное психическое нарушение, мы будем постепенно осваивать феноменологию Ясперса, синтезируя ее с традиционным симптомо-синдромальным алгоритмом построения диагностического суждения. Хотелось бы, чтобы благодаря этим лекциям-беседам, мы учились мыслить и искать свой путь к истине, видеть и замечать уникальность каждого больного.

История психиатрии

Нужно ли в курсе общей психопатологии рассказывать молодому врачу об истории психиатрии? У себя дома мы вешаем на стены фотографии самых дорогих людей - отца и матери, детей, самых близких друзей. Дерево без корней сохнет. Не сегодня и даже не вчера начиналась психиатрия, не сегодня и не вчера люди начали болеть умом и душой. Более двухсот лет насчитывает так называемый научный период нашей специальности, а до него многие монастыри, церкви, подчас тюрьмы и приюты для бродяг уже содержали и как могли помогали блаженным и умалишенным. Как лучше рассказывать историю? Можно повествовать о больницах, колониях, диспансерах, интернатах. А можно вспомнить о людях, о врачах, отдавших жизнь непростому, часто

неблагодарному, опасному делу. Вспомним о них, Воздадим должное нашим учителям — они были нашими воспитателями и педагогами.

Первые упоминания о психически больных и психиатрической помощи уходят, как многое в нашей истории, к Библии. Главы священного писания рассказывают, что примерно 4 тыс. лет назад царь Саул заболел депрессивными приступами. Послали за молодым человеком Давидом, который играл на струнном инструменте и пел Саулу песни, и это было первое описание музыкотерапии. Царь Навуходоносор был наказан за надменность и гордость безумием. Он скитался как вол, оброс, одичал и питался травой. Мифология Древней Греции дает прекрасные описания симуляции безумия Одиссеем и ее разоблачения, когда на пашню, где он засеивал солью землю, положили под плуг его маленького сына, и Одиссей остановил волов. Дочери тиринфского царя Прэта ушли из дома, бродили по лесам и полям, утверждая, что превратились в коров, и это было одно из первых описаний бреда метаморфоза. Спартанский царь Клеомен заболел безумием, употребляя чрезмерно неразбавленное вино. При изучении древнего иудаизма обнаружили, что еще в 490 г. до нашей эры в Иерусалиме была построена специальная лечебница для душевнобольных. Их лечение опиралось на понимание иудеями различия души и тела [76].

В Средние века Западную Европу сотрясали «эпидемии» ведьмовства и колдовства, ведьм жгли на кострах, были уничтожены сотни тысяч безумных. Между тем еще Гиппократ писал в главе о «священной болезни» — эпилепсии: «Но причина этой болезни, как и прочих великих болезней, есть мозг. От этой же самой части нашего тела мы и безумствуем, и сумасшествуем, и являются нам страхи и ужасы, одни ночью, другие днем, а также сновидения и заблуждения неуместные...» [18].

Письма из Ламбарена Альберта Швейцера дают представление о том, как первобытные племена обращались с душевнобольными. Из этих воспоминаний одного из главных этических символов XX в. мы узнаем, что в экваториальной Африке совсем недавно, менее века назад, психически больных зачастую лечили весьма кардинально: завязывали им руки и ноги и сбрасывали в воду рек, кишачих бегемотами, крокодилами и прочими страшилищами. А. Швейцер сообщал, что, пролечивая многих больных от «сонной» болезни (трипаносомоз), оперируя безнадежных больных, накладывая повязки с мазями на гниющие ноги и руки негров, он только для одной категории больных не всегда мог найти место в своей больничке в Ламбарене - душевнобольных. Он вспоминает: «Условия, в которых здесь живут эти страдальцы, ужасны. Туземцы не умеют себя от них защитить. Запереть их нет никакой возможности, и они в любую минуту могут вырваться из бамбуковой хижины, поэтому их привязывают сплетенными из лыка веревками, отчего возбуждение их еще больше возрастает. Дело кончается тем, что от них тем или иным способом избавляются» [71]. Даже самые выдающиеся гуманисты мира отказывались от помощи душевнобольным, если на это не хватало помещений, ресурсов, места, лекарств и всего остального. Почему именно термин «бедлам» — название психиатрической лечебницы — используют как нарицательный для обозначения всего из ряда вон выходящего? Поняв это, мы постигнем суть общественного явления, именуемого стигматизацией. Кстати, Бедлам как психиатрическая лечебница возник в 1547 г. из общежития религиозного братства «Господа нашего из Вифлеема». История психиатрии складывается из подвижнической деятельности выдающихся психиатров прошлого, которые были и носителями идей и замыслов о реформировании психиатрической помощи, и исполнителями собственных замыслов. Исторические факты мы можем почерпнуть из «Истории психиатрии» Ю. Каннабиха [32], из книг «100 великих врачей» М.С. Шойфета [75], «Очерки об истории российской психиатрии» Т.И. Юдина [78], «История шизофрении» Жана Гаррабе [15] и многих других источников.

И конечно, первым вспомним Филиппа Пинеля (Франция). И не потому, что психиатрия зародилась во Франции. С именем Ф. Пинеля мы связываем начало научного периода развития психиатрии, так как после снятия больных с цепей стало возможным изучать душевные болезни в их первоизданном виде, не отягощенными страшными условиями содержания душевнобольных. Пинель родился в 1745 г. в семье врачей. Его отец и дед лечили людей. Он же хотел быть священником, но закончил в 1770 г. физико-математический факультет Тулузского университета, затем поступил на медицинский факультет и в 1773 г. защитил докторскую диссертацию. Изучает философию, посещая салон просветителей Франции -

А. Лавуазье, П. Кабаниса, Ж. Деланбера. Пинель не смог получить высшей степени — доктора регента, хотя многие из тех, кому он писал диссертации, подрабатывая таким способом, получили эту степень. Удивительно, но уже в те времена были величайшие умы, не обремененные научными степенями, и трутни, паразитирующие на талантах своих соплеменников. 25 августа 1793 г. Пинель был назначен на должность главного врача

больницы в Бисетре. Этот замок был основан в 1250 г. В смутные времена в его развалинах селились разбойники, место это считалось проклятым. В 1657 г. Бисетр стал частью Генерального госпиталя Франции, служа одновременно богадельней, сумасшедшим домом и государственной тюрьмой.

Условия содержания больных были изуверскими: в неотопливаемых помещениях лежали по 8—13 человек в одной кровати из соломы. Грязь, насекомые, телесные наказания. На 800 человек было 83 служителя (один специально для уничтожения вшей). В одном из отделений находились дети со следами сексуального растления.

В сентябре 1792 г. в период Великой французской революции в Бисетре случился страшный самосуд. Толпа парижан, одурманенная революционными фразами, убила 166 человек из 433, в том числе 33 детей. Отделение для душевнобольных было отделено от эпилептиков и идиотов (обратим внимание на этот факт:

ведь он отражал интуитивное разделение всех больных на эндогенных, «душевнобольных от бога» и больных с экзогенно-органическими причинами психических расстройств). Это отделение состояло из 172 камер, по 2 м² каждая, окон не было, свет проникал через отверстие двери. Больные были прикованы за руки, ноги и шею. Став главным врачом, Пинель не раз обращался в Парижскую коммуну за разрешением снять цепи с душевнобольных. Одним из главных противников был член руководства коммуны — Кутон, параплегик, главный поставщик жертв на революционную казнь. Он казнил не только людей, но и здания столицы мира — Парижа. Его носили по городу на руках или носилках, Кутон бил молоточком по стенам, после чего эти дома должны были разрушить. Когда Кутон внесли в отделение Бисетра, где находились прикованные к стенам буйные больные, он сказал Пинелю: «Гражданин, делай, что знаешь, но сам ты, должно, сошел с ума, если хочешь спустить с цепей этих безумных». В этот же день Пинель приказал расковать 12 больных. Первый был прикован в течение 40 лет. Получив свободу, он долго бегал по палате; с того времени приступы буйства у него прекратились. Вторым был освобожден больной, прикованный цепями на протяжении 36 лет. Ноги его были сведены. Он умер, так и не заметив освобождения. Третьего расковали через 12 лет. Он поправился и выписался, «вмешался» в политику и был казнен. Четвертый обладал большой физической силой, был на цепи 10 лет. Спустя некоторое время стал помогать Пинелю и однажды спас ему жизнь, когда толпа набросилась с криком: «На фонарь» [75]. В служебном кабинете автора этих строк висит художественное полотно, написанное на мотивы известной картины французского художника Р. Флери. В этой картине обращает на себя внимание отсутствие особой одежды для душевнобольных — пижам, халатов, смирительных рубашек, как, впрочем, и у врача, отдающего распоряжение расковать больных. Кроме снятия с цепи, Ф. Пинель добился осуществления врачебных обходов, лечебных процедур. В 1798 г. были сняты с цепей последние больные. По требованию Кутона Пинель был смещен с должности. Спустя два года его назначили старшим врачом госпиталя Сальпетриер, где он провел аналогичные реформы. В 1794 г. он издал «Философскую нозографию». Не обнаружив при вскрытии в мозге больных никаких патологических изменений, он выдвинул теорию «моральной детерминированности» психических расстройств. Жан-Этьен-Доминик Эскироль — врач-психиатр - стал автором первого научного руководства по психиатрии «О душевных болезнях», первым профессором психиатрии в современном значении этого слова. Он родился в 1772 г. в г. Тулузе, где и закончил медицинский факультет. В 1798 г. Эскироль приезжает в Париж, знакомится в Сальпетриере с Пинелем и становится его учеником. В 1802 г. открывает небольшую частную психиатрическую лечебницу для состоятельных лиц, а с 1811 г. работает исключительно в Сальпетриере, сначала как врач-наблюдатель, а затем как врач-ординатор. Сальпетриер занимал огромную площадь в 31 га, на которых расположились 45 отдельных зданий. В больнице постоянно находились 6 тыс. пациентов. В 1817 г. Эскироль представляет Парижской Академии доклад «О галлюцинациях у душевнобольных». Термин «галлюцинация» впервые употребил француз Франсуа Буассье де ла Круа Соваж, у которого это слово означало «ошибку». Деление таких обманов и ошибок на галлюцинации и иллюзии установил Эскироль. С 1825 г. он занимает должность главного врача больницы Шарантон. В городке Шарантон-Ле-Пон, основанном в 1641 г., он в течение 10 лет лечил от помешательства философа Огюста Конта. Ж. Эскироль принимал участие в разработке первого в истории закона о душевнобольных. В Законе от 30 июня 1838 г. впервые в мире были изложены принципы, защищающие права и интересы душевнобольных. Согласно ему ни один больной не может быть лишен свободы без медицинского освидетельствования.

Реабилитация душевнобольных начинается в Европе и России с внедрения в психиатрию системы «не стеснения», предложенной Джоном Конолли. В своем докладе он пишет: «Я вступил в должность врача 1 июня 1839 года. Отношение врачей к насильственным мерам здесь было таким же, как во всех домах умалишенных. Но после 1 июля, всякий раз, когда я требовал ежедневный отчет о применении мер стеснения, таковых было не больше 18 на 800 больных, с июля их число никогда не превосходило 8, а после 12 августа ограничивалось

одним. Начиная с 12 сентября, насильственными мероприятиями уже перестали пользоваться» [32]. При новой системе они были заменены удерживанием больных руками служителей и изолированием их в отдельных комнатах, которые иногда обивались матрацами. Эти усовершенствованные изоляторы представляли большой шаг вперед, если сравнивать их, например, со смиренным стулом или рубашкой. Раньше всех других стран и в наиболее полной степени осуществила заветы Дж. Конолли Шотландия. В начале 70-х годов XIX в. Бетти Тьюк заявил, «что он противник полумер и потому полностью изгнал замки и решетки из своего заведения и отпускал больных под честное слово. Эта знаменитая шотландская система — «система открытых дверей» (open door system) — получила в оценке «комиссаров по душевным болезням» следующую характеристику:

«Когда преграды для больных были удалены, служитель не мог уже более полагаться на них в случае беспокойства или недовольства больного и должен был постоянно находиться настороже. Нужно было в собственных интересах поддерживать в больном довольное настроение, стараясь занять его тем или иным путем и дать исход его энергии, отвлечь его ум от мысли о бегстве. Естественно, что при этих условиях отношения служителя к больному должны были принять иной характер. Прежний тюремный надсмотрщик превратился в товарища. Опыт показал, что система контроля применима к содержанию несравненно большего числа больных, чем можно было предполагать a priori. Отсутствие замков уменьшает у многих желание бежать. Кроме того, система открытых дверей дает хорошие результаты в других отношениях; одно из них то, что устранение стеснения заставило врачей внимательней изучать каждого вверенного им больного, чтобы знать, при каких условиях он приходит в возбуждение и имеет возможность устранить эти условия».

Вильгельм Гризенгер родился в 1817 г. в немецком городе Штутгарте. Прежде чем говорить об одном из основателей научной и клинической психиатрии, необходимо сделать особое замечание: «С момента своего зарождения психиатрия встречается с одними и теми же основными вопросами и загадками. Речь идет не о проблемах до сих пор не решенных, а о проблемах, которые по своей сущности не могут быть решены. Психиатрия как наука метафизична. Психиатрия не может быть единой в методологическом отношении дисциплиной, поскольку она имеет дело одновременно с телом, душой и духом человека. Проблема души и тела метафизична и необъяснима с точки зрения науки» [75].

Еще в 1708 г., почти триста лет назад, Г.Э. Шталь выделил две группы психозов: первичные психозы, первичные заболевания души без участия тела и те, что возникают в результате телесных болезней. «Психики считали, что имеются собственные болезни души, психогенно обусловленные, соматики же убеждали, что «душа сама не может заболеть, заболевает только тело, психические расстройства обусловлены соматически». Профессор В. Гризенгер первым поставил вопрос об истории развития души и психической индивидуальности, выйдя за пределы биологического понятия развития организма. Он считал, что самые важные причины «сумасшествия» — психические. Он добился равновесия между патологоанатомическим и психопатологическим направлением. В практической деятельности он стремился к устранению мер стеснения душевнобольных. При его содействии была открыта первая в Германии психоневрологическая поликлиника (прообраз современных психоневрологических диспансеров).

Теодор Мейнерт родился в 1833 г. в Австрии. С 1873 г. и до 1892 г. он заведует кафедрой психиатрии Венского университета. Т. Мейнерт претендовал на звание «главного разработчика анатомической локализации мозговых функций». Он начинал свою врачебную деятельность в приюте для умалишенных в Нижней Австрии. Работая там, он занимался исследованием образцов спинного и головного мозга. Именно там он вступил в конфликт с врачами германского «движения в защиту психически больных», которые считали, что их задача облегчать судьбы лунатиков, обеспечивать им защиту в условиях психиатрических больниц и тюремных камер, дать им нормальное питание и уход. Мейнерт полагал, что только работа в лаборатории представляет ценность, только благодаря анатомии головного мозга можно найти пути улучшения состояния больных. Он был противником представления о человеческой душе, утверждая, что вся работа психологов, пытающихся найти ей место в теле, не только бесполезна и бесплодна, но и вводит в заблуждение. Наиболее значительной работой в клинической психиатрии явилось описание им клинической картины аменции. В понимании Мейнерта аменция представляла собой сборную группу острых психозов с бессвязностью мышления и речи. Мейнерт повсюду искал патологоанатомические изменения, стремился перевести на патологоанатомический язык все психопатологические процессы. Многие критики называют построения Мейнерта «мозговой мифологией». В конце жизни он признался З. Фрейду, что тот был прав и мужская истерия существует, что он принимал кокаин и яростно боролся с Фрейдом, так как больше всех был убежден в его правоте.

В.Х. Кандинский (1849—1889 гг.) родился в Нерчинском районе Забайкальской губернии, в местах, куда ссылали декабристов. Его отец - почетный гражданин, купец 1-й гильдии. После гимназии, которую Кандинский закончил в Москве, он поступил на медицинский факультет Московского университета. Кандинский первым пропагандировал в России клинико-нозологическое направление, опубликовав две работы: «Изложение речи Пауля Замта «Естественно-научный метод в психиатрии» и анализ работы Кальбаума «Клинические работы по душевным болезням». С 1876 по 1879 гг. он находился на военной службе. В первом сражении парохода «Великий князь Константин» с турецким сторожевым пароходом Кандинский во время взрыва бросился в воду, чтобы покончить с собой. Его спасли, сестра милосердия выходила его. По болезни его списали с парохода. Лечился в морском госпитале, а затем в Петербургском военно-сухопутном госпитале, в отделении для душевнобольных. Выздоровев, Кандинский женился на Елизавете Фреймут, дочери провизора, выходившей его во время первого приступа и в дальнейшем разделившей его трагическую судьбу. В 1881 г. он был зачислен старшим ординатором психиатрической больницы св. Николая Чудотворца в Петербурге. В 1883 г. у него случился второй приступ болезни, однако через месяц великий врач был выписан в состоянии практического выздоровления. В дальнейшем он пишет свой знаменитый труд «О псевдогаллюцинациях», в которых описывает в большей части свои собственные переживания. Выдающийся русский психиатр покончил с собой 3 июля 1889 г. в пос. Шувалово и похоронен, согласно завещанию, на местном кладбище. Вдова обратилась в общество психиатров с просьбой издать посмертно его труды, но оно не смогло из-за отсутствия средств даже посмертно напечатать его знаменитые работы. Вдова сама издала две работы Кандинского — «О псевдогаллюцинациях» и «К вопросу о невменяемости» [58].

Мы не можем не упомянуть в нашей краткой истории профессора А.У. Фрезе - первого директора Казанской окружной психиатрической больницы. Как указывает Т.И. Юдин [78], профессор Фрезе работал в Казани в то время, когда Казанское общество врачей впервые в России заговорило о санитарно-профилактической медицине. Под его руководством в Казани была открыта «Окружная психиатрическая лечебница во имя Божьей Матери всех скорбящих». Обсуждая планы строительства и открытия окружных психиатрических больниц, Фрезе учил, что «лечебная работа — основное в деятельности психиатрических учреждений; изоляция из общества опасных больных, содержание хроников — это функции важные, но второго плана». Он широко пропагандировал трудовые процессы как лечебное средство для душевнобольных. На первом съезде психиатров России С.С. Корсаков сообщал, что проф. Фрезе сделал первые опыты введения в России принципов «не стеснения». В его отчете за 10 лет деятельности Казанской окружной лечебницы упомянуто, что за эти годы было только 3 случая связывания больных по случайным причинам. В служебном кабинете автора имеются 2 истории болезни Казанской окружной лечебницы за 1882 г. В них поражает все. Мы привыкли оценивать психиатрию царской России по «Палате №6» А.П. Чехова с обязательной кислой капустой во флигеле, санитаром-держимордой и заброшенными больными. Из подлинника истории болезни № 168 больного Якова П. следует, что «его превосходительству, директору лечебницы, доктору Фрезе, разрешение на пребывание в лечебнице гражданина Якова П. давало Особое присутствие второго отделения Губернского правления. Оно же издавало постановление о признании данного гражданина «сумасшедшим». Предварительно директор больницы уведомлял губернатора г. Казани о прибытии Якова П. на лечение». Вот вторая история болезни, в которой полицмейстер обращается к директору лечебницы со словами: «Имею честь препроводить при сем к Вашему превосходительству на излечение душевнобольного, бывшего учителя Чисто-польского духовного училища Михаила Н...» Поражает опись личных вещей, с которыми больной поступал на лечение. Яков П. имел в больнице: два одеяла,

7 простыней, 11 наволочек, 10 рубах, 12 кальсон, 5 полотенец, 28 пар носков, пару халатов, 5 пар обуви, шапку меховую, щетку головную, фуражку (!). На фоне изобилия личных вещей пациента конца XIX в., высочайшей степени уважения общества, государственной власти, родственников к душевнобольным как же порой убого выглядят наши «казенные дома», наши формальные записи, наши дурные требования к перечню личных вещей больных, к больничному образу их жизни. А.У. Фрезе умер от злокачественной опухоли (саркома) в расцвете своих творческих сил. Недавно коллеги-психиатры установили на центральном входе в Казанскую республиканскую клиническую больницу памятную доску как дань глубокого уважения своему выдающемуся первому директору лечебницы.

Кроме А.У. Фрезе, одним из первых и самых выдающихся приверженцев системы «не стеснения» в России был Сергей Сергеевич Корсаков, который с 1881 г. начал работать в лечебнице супругов Беккер. Здесь ему удалось впервые полностью осуществить свои реформаторские идеи о «не стеснении» больных, здесь он был учителем,

воспитавшим целую группу выдающихся психиатров, принадлежащих к школе, получившей название корсаковской. «Все до крайних мелочей было предусмотрено, чтобы внешне лечебное заведение походило на пансион, на санаторий. Не было на окнах решеток, цветы украшали комнаты, окраска стен, обои, ласкающие глаза, успокоительного цвета, а полы устланы мягкой тканью. Тишина улицы, сад, беседки, широкая терраса и балкон, увитые диким виноградом, дополняли обстановку». В конце XIX в. губернские земства начинают проводить реорганизацию психиатрической помощи. В провинциальных психиатрических учреждениях искореняются смирительные рубахи, в больницах организуются мастерские и работы больных на открытом воздухе, создается патронаж как в городе, так и в деревне. С 1887 г. С.С. Корсаков начал заведовать клиникой Московского университета.

Через поколения, через столетия люди приходят к одним и тем же способам сохранения и лечения больной души, ибо меняются десятилетия, появляются новые и новейшие лекарства, но неизменным остается **боль** этой души, неизменными остаются теплые руки и щедрые сердца настоящих целителей. Корсаков следил за тем, чтобы всевозможные желания больных исполнялись, если это не противоречило чисто врачебным показаниям. Ставя важным условием успешности лечения привязанность больных к учреждению и персоналу, Корсаков настаивал на необходимости для врачей входить в личную жизнь больных и быть для них не только врачами, но и друзьями. Сам он всегда был первым примером этому, не жалея времени, часто по вечерам и даже ночью появляясь у постели тех больных, которых могло успокоить или утешить его присутствие. Он сам вводил зонд, сам кормил из рук, сам катетеризировал, сам извлекал пальцами каловые массы из прямой кишки, если того требовала польза больного. Среди больных для него не существовало интересных и неинтересных: ко всем без различия относился с одинаковым вниманием и любовью. Забота о больных, о том, как бы сделать пребывание их в клинике приятным, побуждала Корсакова устраивать различного рода спектакли, музыкальные и увеселительные вечера, как самостоятельные, так и с привлечением профессиональных артистов. Обычно эти вечера приурочены были к каким-нибудь праздникам. В журнале «Русская жизнь» в 1893 г. некто Ядринцев писал: «2 января в Москве в клинике душевнобольных был танцевальный вечер. На этом вечере участвовало и до 20 выздоравливающих душевнобольных, кроме того, много гостей; в числе их были выдающиеся артисты и артистки Московского театрального мира... Вечер отличался простотою, живым весельем и семейным характером». Подобные вечера соединяли профессоров, врачей и бывших пациентов, а также лиц, близких к этому учреждению. В этой семье и обществе больные сознательно чувствовали свое прикосновение к остальному миру. Корсаков понимал, как никто больше, больную человеческую душу, он был так полон гуманного отношения к людям, что каждый человек, не желавший никому другому открывать своего «я», с охотой и готовностью открывал все ему, уверенный в том, что тот все поймет, поможет разобраться в самом себе, поддержит в горе, укажет путь к выходу.

История психиатрии. Вклад в развитие

С.С. Корсаков уделял большое внимание воспитанию и поощрению труда надзирателей и прислуги: «Если трудно найти хорошую надзирательницу, то еще труднее иметь хорошего надзирателя. Это настолько трудно, что, сделав продолжительный опыт и переменяв в течение 10 лет 5 надзирателей в отделении для покойных больных, я должен был поручить исполнение обязанности надзирателя сверхштатному ординатору, согласившемуся взять на себя обязанность жить и проводить целый день среди больных. Из этого уже видно, как высоко нужно ценить то, что надзиратель Кузьмин в течение 10 лет безупречно и вполне успешно исполнял обязанность надзирателя, притом в отделении, где преимущественно находятся беспокойные и наиболее опасные больные. Поэтому нельзя не оценивать по заслугам тех из числа прислуги, которые настолько привязываются к учреждению, что не оставляют его даже при более выгодных предложениях».

Очень интересное высказывание мы находим в биографии Корсакова о платности и бесплатности психиатрической помощи: «Простите, если я огорчу Вас, возвращая Вам Ваш подарок. Но я думаю, что Вы поймете, что я не могу отступать от принципов, которых я всегда держался, да и Вы сами на моем месте сделали бы то же самое. Если бы я позволил себе хоть один раз принять от больных, находящихся в клинике, или от родных ценный подарок, то я дал бы повод думать, что в клинике может быть какое-нибудь различие для состоятельных и для несостоятельных людей» [4]. Щадя индивидуальность врача, он оберегал интересы больных для их же пользы.

В книге А. Г. Комиссарова «Забытый врач» автор приводит полный текст отчета доктора Стельмаховича, который 100 лет назад, в эпоху деятельности Корсакова, в Елабужском психиатрическом отделении организовал лечение, уход и занятость своих больных: «Больные занимались физическим трудом: работали на больничном дворе, в саду, сельскохозяйственными работниками на арендованном участке земли, а при отсутствии работ в летнее время, в хорошую погоду проводили по несколько часов на открытом воздухе на больничном дворе. День начинался в летнее время с 6ч утра, кончался около 8ч вечера; в зимнее время день начинался часом позднее и оканчивался часом раньше. Вслед за утренним чаем способные к труду отправлялись во двор, некоторые же прибирались в палатах, женщины чинили белье, вязали чулки, одна занималась вязанием салфеток, делала цветы. Домашние работы — носка дров, топка печей, уборка двора, сада, улицы, укладка дров, катание белья и прочие домашние работы производились больными. Некоторым больным позволялось посещение церкви. Развлечение больных состояло в игре в карты, шашки, гармонику, пение, некоторым больным давались популярные и удобопонятные книги и газеты. В некоторые большие праздники бывали угощения больным: чай с молоком, белым хлебом, сухарями, конфетами, пряники, орехи, яблоки, арбузы».

Доктор Стельмахович в своем отчете уделяет внимание и обслуживающему персоналу: «Ближайший надзор за больными лежит как в отделении, так и на работах на прислуге — сторожах, сиделках, затем на надзирательнице и смотрителе. Кроме того, отделение ежедневно посещается врачом, за весьма редким исключением некоторых дней. Прислуга то и дело меняется. Да и нельзя требовать многого от того, кто должен работать чуть не целые сутки, получая гроши за тяжкую работу. При этом же и отдельных помещений для служительского персонала не имеется,

а отводятся таковые здесь же в палатах вместе с больными. Между тем нигде интересы больных не стоят в такой зависимости от низшего служебного персонала, как именно в заведениях для душевнобольных. В Казанской окружной лечебнице принята серьезная мера в этом отношении — введен утвержденный Министром Внутренних Дел пенсионный устав, по которому за 10лет беспорочной службы полагается полная пенсия в размере жалования, получаемого за последний год, за 5лет — половина пенсии, или единовременное пособие» [39].

Эмиль Крепелин родился 15.02.1856 г., закончил медицинский факультет Вюрбургского университета. Получив в 1886 г. звание профессора, он занимает пост заведующего кафедрой психиатрии Дерптского университета, называемого Тартуским. В.В. Вересаев, обучавшийся в свое время в том же университете, описывал Э. Крепелина как нестарого 35-летнего человека с окладистой бородой, умными внимательными глазами. Во время русификации университета он был вынужден уйти вместе со знаменитым хирургом Э. Бергманом и другими учеными. В 1891 г. Крепелин основал Гейдельбергскую психиатрическую школу, а в 1903 г. создал свою школу в древнейшем Мюнхенском университете (1472 г.). В своей научной работе он совершил, как и Ясперс, научный подвиг, проанализировав 10 тыс. историй болезни, и разработал новый принцип классификации психических болезней, в основу которой положил не симптомологический принцип, а течение и исход заболевания. Он автор одного из самых знаменитых учебников по психиатрии, выдержавшего восемь прижизненных изданий. Последнее 8-е издание (1915) содержало 3000 страниц — невиданное в истории психиатрии достижение одного человека. В учебнике много места отведено нелепым поступкам шизофреников (больной хочет курить: он видит на земле окурки и прыгает за ним со второго этажа... На очередном приеме у зубного врача одна больная заявила, что будет лечиться только у него, если врач наденет противогаз). Крепелин умер в 1926 г., не успев отредактировать 9-е издание своего учебника. Его последователь Освальд Бумке, сначала хваливший Э. Крепелина и заявлявший, что вся современная психиатрия стоит на его плечах, после утверждения на кафедре профессором стал писать статьи о том, что из «догматиков крепелиновской школы не осталось почти никого» и что «школа Э. Крепелина достигла границ своих возможностей».

Карл Ясперс — один из гигантов психиатрии XX в., родился 3 февраля 1883 г. в Ольденбурге. Ясперс был с детства тяжелобольным мальчиком. Страдая врожденным пороком сердца, он был вынужден строго дозировать двигательный режим, ограничивать себя в играх, забавах и развлечениях юности. После окончания классической гимназии в течение полутора лет изучал юриспруденцию, затем медицину и в 1908 г. сдал государственные экзамены. Работал научным сотрудником в психиатрической клинике Гейдельберга до 1915 г. В эти годы им был заложен фундамент учения по психопатологии. Его учителем был Ф. Ниссль — гистолог, изучающий функции мозга. Он исходил из принципа, что душевное заболевание есть заболевание мозга. «Ниссль хорошо относился к больным, был мягок в обращении, необыкновенно совестлив. От него веяло мягкостью и доброжелательностью. Но сам он глубоко страдал из-за человеческого несовершенства», — так писал о своем

учителе сам Ясперс. Во времена работы Ясперса в Гейдельберге в Германии строились большие лечебницы для душевнобольных. Они становились благоустроенными. В автобиографии К. Ясперс писал: «Жизнь несчастных, по существу, не изменившаяся, была организована».

Самым наилучшим было организовать эту жизнь как можно естественнее, благодаря успешной трудотерапии, пока она оставалась разумной и человеческой основой всего распорядка дня. Из-за скудного знания и умения духовно бедные психиатры отделялись скепсисом» [80]. В 1911 г. Вильманс и Шпрингер предложили Ясперсу написать книгу, посвященную всеобщей психопатологии. Собственные исследования К. Ясперса привели его к совершенно иной психиатрии. Воспользовавшись феноменологическим методом другого великого мыслителя двадцатого столетия, Э. Гуссерля, он начал изучать психопатологические феномены, используя феноменологическую редукцию, очищая шаг за шагом, пласт за пластом психиатрию от штампов, стереотипов, теоретических спекуляций. Как заглянуть в душу **больного**, как познать то, что скрыто от непосредственного взора врача, каким критериям истины должны соответствовать описания психического состояния пациентов? Как важнейшее предостережение своим будущим коллегам звучат его слова: «...Врач-гуманист сохраняет необходимое уважение к человеку, даже если он душевнобольной. Каждый отдельный человек будет спасен благодаря знаниям врача и ученого. Никогда не следует, вооружившись научными средствами, подводить равнодушно конечную черту под человеком. Любой больной человек, как и каждый человек вообще, неисчерпаем» [79]. Вместе с тем в сознании современных психиатров, к сожалению, этот выдающийся психиатр и философ еще не занял подходящего ему места.

Владимир Михайлович Бехтерев — великий врач-психиатр, родился 20 января 1857 г. в селе Сорали Елабужского уезда Вятской губернии. Молодые врачи-психиатры, работающие в Набережных Челнах, организовали несколько лет назад «Бехтеревское общество врачей». А.Г. Комиссаров, являющийся одним из организаторов общества, опубликовал интересные данные о родословной рода Бехтеревых, который, по одной версии, поименован так от слова пехтерь — прозорливый и неповоротливый человек, по другой версии — от персидского слова бехтар, означающий «лучший». Им же проанализирована метрическая запись, констатирующая, что «таинство крещения состоялось 23 января 1857 г. при отце, матери и близких им людях». Опубликованные изыскания по истории рождения В.М. Бехтерева показывают, что молодым врачам отнюдь не безразлична история жизни выдающихся отечественных психиатров.

После окончания гимназии Бехтерев поступил в Медико-хирургическую академию в Петербурге, где в 24 года защитил докторскую диссертацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных заболеваний». В 1885 г. Бехтерев уезжает в Мюнхен, где знакомится с клиникой Бернарда фон Гудцена, трагически погибшего в 1886 г. при спасении душевнобольного короля Людвига II в Штарнбергском озере. В Вене он знакомится с работами Мейнерта.

В июле 1885 г. 28-летний Бехтерев назначается профессором и заведующим кафедрой психиатрии Казанского университета. В 1893 г. Бехтерев был приглашен на должность руководителя кафедры психиатрии и невропатологии Военно-медицинской академии Петербурга.

Ему принадлежит множество работ по гипнозу, нейрофизиологии, психиатрии.

22 декабря 1927 г. он был избран почетным председателем I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, а 24 декабря руководил его заседанием. Вечером того же дня Бехтерев был на спектакле в Большом театре, а в 23 ч 40 мин 24 декабря 1927 г. скончался, оставив собственную школу психиатров, в числе которых 70 профессоров.

Известна история о том, что за несколько дней до смерти он консультировал И.В. Сталина, которого назвал в кругу своих коллег «сухоруким параноиком».

В 2005 г. в ясный солнечный летний день в скверике напротив Городской психиатрической больницы г. Казани был открыт замечательный памятник Владимиру Михайловичу. Это популярное место отдыха студентов Медицинского университета Казани.

8 марта 1875 г. в семье земского врача Б.М. Ганнушкина родился сын Петр. В 9 лет маленький Петя поступил в мужскую гимназию, учился отлично и в 13 лет стал интересоваться характерами людей. В 1893 г. он поступил на медицинский факультет Московского университета. Уже после 3-го курса Петр Борисович избрал своей специальностью психиатрию, и начинал свою профессиональную карьеру под руководством выдающегося

русского психиатра С.А. Суханова. На амбулаторных приемах Суханов часто вызывал Ганнушкина на состязание, чтобы поставить диагноз только по описанию статуса больного. После того как был собран **анамнез**, коллеги сверяли свои диагнозы. В 1904 г. П.Б. Ганнушкин защитил докторскую диссертацию «Острая паранойя». В 1918 г. он был избран профессором кафедры психиатрии Московского университета, которую возглавлял 15 лет. В последующие годы он разрабатывал оригинальную отечественную концепцию малой психиатрии — учение о психопатиях, развитиях личности, пограничной психиатрии. Особое уважение и авторитет П.Б. Ганнушкин снискал как мастер амбулаторных приемов. Он учил врачей ставить диагнозы по едва заметным изменениям психики. Он принимал до 300 человек в неделю. Много раз на приемы к нему приходили вооруженные больные. «Он шел к ним вплотную, отбирал оружие, никогда этим не хвастался, считал это долгом психиатра и говорил, что если бы и погиб от рук душевнобольного, то умер бы на своем посту, и ничего особенного в этом не было бы». Он закончил писать свою выдающуюся книгу о психопатиях, когда был уже тяжело болен. Книга вышла в свет, когда ее автора не было уже в живых.

Возвращаясь к истории практической психиатрии и современному состоянию системы «не стеснения», мы убеждаемся, что и проблемы те же, и жизнь почти та же, но внимание к больным, их досугу и занятости заметно колеблется от одного десятилетия к другому, от одного психиатрического учреждения к другому. На 1001-й с. «Общей психопатологии» К. Ясперса мы читаем: «Больничная среда создает особого рода мир. Царящие в этом мире порядки определяют облик, который принимают в нем психические расстройства. Существует огромная разница между давними сельскими заведениями, где больные оставались наедине со своим внутренним миром, и гигантскими современными гигиеническими учреждениями, где, несмотря на идеальную чистоту и порядок, на долю больной души практически не остается свободного пространства» [79]. Почему так настойчиво и упорно психиатры прошлого и психиатры сегодняшнего дня ищут наилучшие и оптимальные условия содержания душевнобольных? Три столетия развития психиатрии убедили врачей в том, что больную душу нельзя лечить в бездушном пространстве. Только тогда, когда вся атмосфера лечебного заведения проникнута человеколюбием, состраданием, теплотой и уютом, возможен разговор врача с больной душой. И в этом смысле, в отличие от обычных больниц, где лечится больное человеческое тело, где требуется, прежде всего, надлежащая чистота и стерильность многих помещений, в наших стационарах больного должен окружать не холод операционной, а уют домашнего холла и тепло семейного очага.

Введение в психиатрическую пропедевтику

Что нужно знать о первичном психиатрическом осмотре и беседе с больным? Без такого введения молодому врачу невозможно подступиться к основам общей психопатологии, ибо без мостика от обычной жизни, обычного общения с любым человеком к профессиональному общению врача-психиатра с больным невозможно дисциплинировать ум и настроить душу на волну понимания того, что, вообще-то, познается и понимается очень непросто.

Изучая, а затем описывая психический статус больного человека, первое, на что мы, психиатры, обращаем внимание, — на внешний вид пациента, его одежду, движения, выражение лица, на все то, что К. Ясперс описывал в качестве объективных симптомов больной душевной жизни или таких субъективных симптомов, к которым врач-психиатр имеет непосредственный доступ через то, что доступно восприятию — различным внешним проявлениям переживаемых человеком психических процессов.

С чего начинается знакомство с любым человеком, вдруг пришедшим в наш дом? С одежды. Она, как и некоторые другие признаки, подскажет, насколько соответствует физическому, психологическому и психическому статусу данного человека (возраст человека, его следование моде или пренебрежение ею).

В конце марта, когда снег тает, кругом непролазная грязь, от автобусной остановки медгородка идет молодой человек в безукоризненно отутюженном костюме, дорогой кожаной куртке, лакированных черных ботинках. Ступает осторожно, в трех местах подстилает под ноги припасенные заранее газеты. Перед очередной лужей останавливается, раскрывает портфель, достает газетку, подстилает на тротуар и только после этого ставит на нее ногу в лакированном башмаке.

Не только одежда, но и ее использование, манера одеваться, ходить, защищая одежду и обувь от грязи, напоминает современного «человека в футляре» и обязывает нас не пропустить черты ананкастной личности.

В кабинет влетает парень, широко размахивающий конечностями. Ворот рубахи разорван, пуговицы на куртке наполовину отсутствуют, брюки заляпаны грязью до верхней трети бедра. При разговоре слюна летит на четыре—пять метров.

Внешний вид, манера поведения очень похожи на проявления возбудимой аномалии личности, однако ни в коем случае нельзя только по особенностям одежды или поведения выносить диагностическое суждение. Но, как маленькие кусочки «общей мозаики», в которую затем превращается клиническое описание пациента, они должны занять подобающее им место. Наиболее информативными бывают особенности одежды демонстративных личностей или девушек с девиантными формами поведения.

Девочка 15 лет, примерно 175—180 см роста. Одежда: маленькая черненькая, необычной формы шляпка, тонкой работы кружевной шарфик, коричневая куртка из мягкой, очень дорогой кожи. Далее следует коричневая кожаная юбочка, чуть-чуть выступающая из-под курточки, не закрывающая, а, наоборот, открывающая и демонстрирующая стройные высокие ноги — своеобразная набедренная повязка. Завершают показ мод весеннего сезона сапоги-ботфорты, еще более подчеркивающие грациозность тела. Легкой походкой «от бедра» она плывет по кабинету, садится в кресло, после чего смотреть врачам в ее сторону становится небезопасно. Кожаная юбочка сложилась в складочки, полностью обнажив место, от которого растут ноги.

А вот пример противоположного плана, где одежда тоже является показательным примером ее связи с чертами характера.

Девушка получила сильное нервное потрясение и проходила экспертизу как потерпевшая для выявления степени нанесения вреда здоровью. Она входит в кабинет, но впечатление, что в помещение впадают ее огромные, наполненные страхом, болью и удивлением глаза. Среднего роста, худенькая. Гладко зачесанные волосы. Самовязанный шерстяной шарфик, прямого кроя коричневое демисезонное пальто. Старенькие, но хорошо начищенные, отечественного производства сапоги. Под пальто шерстяная кофточка с маленьким вырезом. На шее серебряная цепочка с маленьким янтарным кулончиком. Юбка средней длины, чуть выше колен, прямого покроя. Садится в кресло, тесно сдвинув ноги. Настолько тесно, что ноги кажутся приклеенными одна к другой по всей длине. Руки лежат на коленях, пальцы сжаты. Любой вопрос эксперта по поводу происшествия повергает ее в сильное смущение. Она опускает глаза, краснеет и тихим голосом пытается давать короткие односложные ответы. Весь ее внешний вид, все ее поведение говорит: «Проходите мимо, не задерживайтесь, не обращайтесь на меня внимания!»

Другой пример.

Мы видим дедушку 89 лет, ветерана войны. Высокий, подтянутый. Отутюженные брюки, начищенные до блеска старомодные черные туфли, белая рубашка, красиво повязанный галстук. Необычно аккуратно расчесанные редкие волосы. Дедушка постепенно уходит из жизни, забывая главные ее вехи. В этом последнем надземном пути он «теряет» большие «куски» памяти. Сосудистое слабоумие, будто подвальная крыса, разгрызло мешок, в котором были упакованы его переживания, события, поступки. Он уже слабо вспоминал имя дочери, но, судя по одежде, не потерял еще многого из своих привычек и воспитания. Бабуля сообщила, что готовить кушать себе он уже не может, но одевается и следит за одеждой сам. Его одежда много может рассказать о его характере и личности! [5]

Мы оценили одежду незнакомца, и теперь наш внимательный взгляд фиксирует особенности его жестикюляции, походки и других проявлений моторики, движений, часть из которых К. Ясперс относит к объективным проявлениям больной душевной жизни. Другая часть, более важная, относится К. Ясперсом к первому классу субъективных симптомов, к тому, к чему психиатр имеет непосредственный доступ через свои собственные органы чувств.

В кабинет входит пожилой мужчина, с высоко поднятой головой, гордой осанкой, энергичными движениями крепких жилистых рук. Речь его громкая, экспрессивная. Он гневно обличает врачей, не разрешающих ему вождение машины.

У него гневливая гипомания. Его движения демонстрируют нам гнев, упорство и брызжущую через край энергию.

Опущенные плечи женщины средних лет, согбенная поза словно высушенного тела, медленные движения рук, трудный поворот глаз, язык, с заметным усилием «переворачивающий» слова, как большие булжники в барабане бетономешалки.

Это В движения депрессивной больной. Это — классика.

А вот в кабинет порхающей бабочкой влетает молодой человек. Его движения изящны, плавны, как у балерины. Тонкие холеные пальцы рук выразительно берут ручку. В каждом движении — театральное действие.

Это не просто демонстративная личность, это пассивный женоподобный гомосексуалист.

В кабинет врача входит плотная, как глыба гранитной скалы, женщина средних лет. Все ее движения, как взмахи колуном при рубке толстых поленьев дров. Слово — и рука рубит воздух, еще слово - и вторая рука опустила колун на следующую чурку. В такт движениям руки рот изрыгает увесистые, такие же плотные и грубые, как вся фигура женщины, слова.

С нами разговаривает больная эпилепсией, изменения личности которой достигают степени специфического слабоумия.

А вот быстрые, суетливые движения несчастного в своем горе алкоголика. Он вскакивает, садится, подбегает к вам, начинает быстро, убежденно, скороговоркой клясться, что это в последний раз, что он завязал.

Абстиненция сжигает его нутро, она, как поднятый над группой стайеров стартовый пистолет. Ощущение, что если сейчас прозвучит выстрел, пациент ракетой вылетит в ту сторону, где на финише стоит бутылка водки.

Наиболее информативными бывают движения и позы истерических личностей и порой шизоидов. У демонстративных личностей вся двигательная сфера, как и вся их жизнь, — театр. Каждым наклоном головы, взлетом бровей или изгибом губ такая личность говорит: «Обрати на меня внимание, я одна такая». Движения тела и позы в таких случаях являются самыми лучшими рассказчиками. Движения шизоидных личностей отличаются неловкостью, иногда чужаковатостью. Погруженные в свой глубокий внутренний мир, не замечая порой окружающей действительности, люди такого склада запинаятся, идя по ровной дороге, задевают локтями, боками, рукавами, штанами и иными частями тела и одежды других людей, перила лестниц, двери, цветы, деревья и кустарники и т.д.

Молодой человек по пути на прием к участковому психиатру, глубоко задумавшись, не сумел разойтись на тротуаре с шедшей навстречу девчонкой. Одна нога у нее была в гипсе. Он сшиб ее, девочка упала. Наш пациент, не заметив этого, продолжал путь. Он дважды залез в лужу, споткнулся. Пока он падал, портфелем задел мужчину, с которого слетела шляпа. Поравнявшись с доктором, сухо улыбнулся, поздоровался, последовал дальше. Врач окликнул его, спросил, о чем он так сосредоточенно думает. «Я сумел решить одну занятную задачку по физике», — ответил он и обрадовано улыбнулся.

В этом весь шизоид. Он не заметил, как мимоходом задел, уронил, ушиб, опрокинул нескольких прохожих, но радуется решению трудной задачки. Бывают шизоидные личности с противоположной, сверхэкономной энергетикой моторной сферы. Их движения выверены и точны, как у солдат на парадном плацу, они подтянуты, стройны, аккуратно одеты, безукоризненно выбриты и образцово вежливы. Они внушают ощущение «инакости» именно своей не российской педантичностью. И это не паранойяльные педанты, а именно шизоиды, у которых имеется свой особый взгляд на соотношение внешности человека и его внутренней сути, на необходимость поддержания своего «фасада» в образцовом порядке. Внешний «фасад» своего улиточного домика становится важной составляющей их мира. Встречаются движения и позы, свидетельствующие прямо о наличии той или иной патологии. И хотя это предмет уже общей и частной психопатологии, а не введения в пропедевтику, один пример нужно привести. В 80-х годах XX в. в стране распространились последователи Порфирия Иванова и его учения «Детка». Кроме моржевания, известного в России с древних времен, последователи П. Иванова перед купанием в проруби и после него или обтирания снегом обязательно исполняли обряд обращения к солнцу. Раздетые, стоя босыми ногами на снегу, поднимали руки вверх и устремляли взгляд к солнцу. Не место давать оценку, к какой группе социальных феноменов это относится — суеверию, идолопоклонству, вере. Но нечто похожее многими летями раньше пришлось видеть у одного нашего больного, который испытывал вербальные псевдогаллюцинации, перемежающиеся идеаторными автоматизмами. Он слышал голос солнца то со стороны, то внутри головы, то в душе. В моменты интенсивного псевдогаллюцинирования он вставал во весь рост в

прогулочном дворике, поднимал руки вверх, обращал лицо к солнцу и подолгу разговаривал с небесным светилом. Врачи уже знали, что присутствуют при «сеансе общения с солнцем».

Мы оценили одежду незнакомца, особенности его походки, движений, поз; дошла очередь обратить внимание на лицо. Когда мы говорим о своем личном впечатлении, подразумевая под этим быструю диагностику какого-либо расстройства психики, главной составной частью ее является, конечно же, измененная мимика больного. Э.С. Фельдман, написавший в 30-х годах статью о мимике больных шизофренией, пишет: «То, что это так, подтверждается верностью мгновенной диагностики шизофрении «опытным глазом» старых врачей-психиатров». И далее, отдавая уже тогда заслуженную дань методу К. Ясперса, он пишет: «Мимические формулы и выражение лица при процессуальных шизофрениях мы не выводим, не пытаемся объяснить психологически, а берем их как данность, как феномен, как новшество лица, как симптом болезни, вернее, как одну из ее сторон».

При взгляде на человека прежде всего обращают внимание на глаза. Глаза — зеркало души, это известно с детских лет. Трудно отделить глаза от губ, мимики лица, но все остальные части лица — это как сервировка стола к прекрасно изготовленному поваром обеду. Глаза могут выражать грусть и тоску, радость и гнев, страх и тревогу, удивление и покой. Разбираться в оттенках чувств, выражающихся взглядом глаз, необходимо обязательно, ибо единственное, что мы не можем подделать или искусственно изменить, это выражение глаз, «из которых смотрит душа». Одна актриса в телевизионной программе показывала, как вызывает у себя слезы в глазах. При этом она сказала, что для появления слез она должна себя ввести в состояние грусти или тоски, вспомнив какой-либо эпизод из жизни. Разница между хорошей артисткой и плохой — не в количестве льющихся слез, а в глубине переживаемого в момент артистического вдохновения произвольно вызванного состояния грусти или тоски. Что особенно важно оценить? Соответствие выражения глаз настроению больного, словам, которые он говорит, их содержанию. Народная мудрость гласит, что язык дан человеку, чтобы скрывать свои чувства. Язык и слова здоровых и больных часто обманывают собеседника. Парень смотрит на девчонку и говорит ей о любви. Какие бы слова он ни говорил, важным является выражение глаз. Из глаз льется восторг, обожание, смущение и всегда вопрос. Глаза спрашивают: «А ты, ты меня любишь?» Таким словам можно поверить. Эти же слова, сопровождающиеся плотоядно улыбающимися

губами, похотливым взглядом, ощупывающим выступающие места фигуры, означают совсем другое. У наших больных слова о хорошем, нормальном настроении ровно ничего не значат, если не сопровождаются соответствующим выражением глаз. Более того, если словами пациент говорит о хорошем настроении, а из глаз «льется» грусть, это очень опасно, это признак диссимуляции — сокрытия имеющейся депрессии. Бывает и наоборот, когда при жалобах на плохое настроение глаза говорят иное. Вновь речь идет о больных с демонстративной, конверсионной (истерической) патологией. «Ой-ой-ой, у меня депрессия! Такой тоски никто на свете не испытывал, жить я не хочу!» Вопят, стонут, заламывают руки. Глаза между тем, яркие выразительные, тихонько скользят по лицу врача, заглядывают ищуще в глаза доктора. А убедительно ли страдаем? Поверил ли врач? И это не симуляция. Больной действительно страдает, но это не та депрессия, при которой бросаются под поезд или лезут в петлю. У эпилептиков описан клинический признак «симптом Чижана» — оловянный блеск глаз. У наших больных нередко встречается колюче-враждебный взгляд, который является объективным выражением «unlust», т.е. враждебного отношения ко всему миру. Смотрим больную, совершившую попытку гомоцида. Отравилась сама и пыталась отравить свою малолетнюю дочь. Отрицает все, что написано в направлении, говорит, что безумно любит свою малышку. Но смотрит на всех застывшим холодным и враждебным взглядом.

После того как мы заглянули в глаза незнакомцу, пробежали по его лицу и уже захотели бросить мысленно фразу в отношении его волевого подбородка или оттопыренных ушей, нужно чуть притормозить. Лучше поосторожничать в оценке разных особенностей лица. Восприятие человеческого лица — очень субъективное дело. Кому-то подбородок кажется волевым, а другому — безвольным. Одному думается, что у этой девушки пухлые чувственные губы, а соседу так не кажется. В этом деле много надуманного и сомнительного. Психиатра в большей степени должен интересовать вопрос не о статусном срезе мимических мышц или анатомических особенностях лица, а о динамических возможностях мимики и выражения лица — как внешнего выражения эмоциональной жизни человека — как быстро и насколько точно выражение глаз, лица, мимики отражает реакцию собеседника на тот или иной пассаж или поворот беседы. У человека может быть очень широкая застывшая улыбка или совершенно неадекватное, постоянно радостное лицо имбецила. А у другого мы видим мягкую, очень робкую и осторожную улыбку, но вполне адекватную теме разговора или человеку, с которым этот разговор происходит. Вот и получается, что не сама по себе улыбка или слезы, грусть или гнев, поселившиеся на

лице, имеют определяющее значение, а те быстрые изменения выражения лица: мимолетно брошенный взгляд, украдкой выкатившаяся слеза, молниеносно мелькнувшая на лице тень — все то, что отражает тонкие колебания душевной жизни человека. Очень важно не пропустить то, что швейцарский психиатр Э. Блейлер и старые авторы называли «разорванностью мимики», когда глаза улыбаются, а рот был с опущенными от тоски углами. Блейлер пишет: «У мимики отсутствует единство, поднятый вверх лоб выражает, например, удивление, глаза с гусиными лапками могут создать впечатление улыбки, одновременно углы рта могут быть печально опущены вниз».

Вот и подошло время перейти от внешности незнакомца к неспешной беседе с ним. Беседа — это основа психиатрического исследования, главное профессиональное оружие психиатра. И это — уникальное оружие, неповторимость которого заложена в самой индивидуальности каждого нашего коллеги. Одним из лучших профессиональных подходов к проведению беседы с больным являются принципы проведения так называемого «клинического интервью», описанные В.Д. Менделевичем в его руководстве «Клиническая и медицинская психология» [48]. Нам остается только наполнить примерами из жизни эти принципы и этапы, и мы сможем начинать изучение психического состояния своих подопечных.

Принципы беседы или клинического интервью

Итак, одним из первых принципов беседы или клинического интервью является однозначность и точность формулировок вопросов, одинаковое понимание не только смысла вопроса, но зачастую смысла и содержания того или иного понятия или слова. Например, очень часто врач-психиатр спрашивает собеседника, слышит ли тот голоса. Какой смысл вкладывает в понятие «голоса» врач, мы понимаем, а что понимает под словом «голоса» больной, отнюдь неизвестно. Один считает голосами звуки человеческой речи, раздающейся во дворе его дома, принадлежащие реально существующим соседям. Другой — брань, раздающуюся за стенкой, в соседской квартире. Третий — звучащие внутри его головы псевдогаллюцинаторные переживания.

Если мы хотим получить требуемый ответ, мы обязаны пояснить смысл вопроса. Слово и понятие «трахнуть» имело во времена нашей юности вполне определенный, простой и ясный смысл — ударить каким-либо предметом по человеку, чаще всего по голове. Сегодня произнести вслух это слово в приличном обществе неловко и стыдно. Слово «терка» ранее означало для подавляющего большинства русскоязычного населения Советского Союза обозначение предмета кухонной утвари, которым готовят к употреблению овощи, например свеклу, морковь или картофель и т.д. Сегодня это слово, согласно «Толковому словарю молодежного сленга», означает, во-первых, подделанный рецепт. Во-вторых, женщину легкого поведения. В-третьих, переговоры или выяснение отношений между криминальными элементами. Наконец, у этого слова имеется вполне благозвучный четвертый смысл, означающий определение учебного предмета — теорию самолетовождения. Таким образом, словоупотребление этого или аналогичного понятия настоятельно нуждается в предварительном разъяснении смысла и значения.

Важный принцип построения беседы — принцип доступности. Пациент должен понимать обращенную к нему речь при наличии личных особенностей, а именно: языковых, национальных, этнических, уровне образования и культуры и т.д. В нашей республике встречались дети, проучившиеся один или два класса в национальной сельской школе. Волею судьбы они вместе с родителями приехали на строительство Всесоюзной комсомольской стройки. Первый год обучения в русскоязычной школе нередко заканчивался плачевно из-за языкового барьера — ребенок не понимал обращенную к нему речь учителя. Слова и понятия педагога были ему недоступны. Изредка эти случаи заканчивались фатально для ребенка, его ошибочно определяли через медико-педагогическую комиссию (МПК) во вспомогательную школу. Клинические психологи, особенно только что окончившие вуз, склонны употреблять в своей среде специфические слова профессионального сленга. Однажды, много лет назад, произошел комический эпизод.

Психолог проводила беседу, предваряющую тестирование клиента, профессионального футболиста. На вопрос, был ли у него инсайт в тот самый день, разбору которого

посвящалась беседа со специалистом, клиент очень серьезно ответил, что в тот день он инсайдом не был, тренер поставил его левым крайним нападающим.

Психолог понимала под этим словом момент решения какой-либо мыслительной задачи в виде внезапного прозрения, а клиент понимал под услышанным понятием полусреднего нападающего, роль которого обычно исполнял в футбольной игре.

В далекие студенческие годы при обходе терапевтического отделения очень маститый и талантливый профессор, осмотрев Пациентку, жительницу довольно отдаленного села, бросил реплику: «Слева от верхушки пальпируется кошачье мурлыканье». Для студентов и аспирантов эта фраза несла вполне понятный диагностический смысл, означающий, как известно, симптом определенного клапанного порока сердца. Девушка вытаращила глаза и после ухода из палаты профессорской свиты с тревогой и изумлением обратилась к постовой медсестре, о какой кошке и каком мурлыканье идет речь.

Третий принцип проведения беседы или клинического интервью — алгоритмизированность или определенная последовательность построения беседы. Мы должны задавать вопросы пациенту не абы как, не пересказывая известные глоссарии симптомов и синдромов, а в определенном порядке, отражающем ход нашего клинического мышления. Чем ближе к постижению истинной картины болезни наше понимание больного, тем в лучшем и более правильном алгоритме мы сможем выстроить разговор.

Вот перед нами больной, неделю назад получивший тяжелую черепно-мозговую травму. У него серьезные поведенческие нарушения, психомоторное возбуждение. Нелепо было бы при первой беседе с ним спрашивать о семейных отношениях, профессиональных проблемах, колебаниях настроения. Что прежде всего интересует нас? Мы обязаны исключить оглушение как симптом нарастающего отека мозга. Следовательно, вопросы будут и должны касаться возможного выявления признаков измененного сознания. Жизненно необходимо проверить ориентировку всех видов, четкость словопроизношения, осмысление ситуации.

А сейчас перед нами сидит девочка 14 лет, поссорившаяся с отцом, предплечья у которой изрезаны десятками бритвенных порезов. Отец нашел у нее диски с сатанинской библией и выбросил их, резко и грубо (что вполне можно понять) отругал ее; запретил выходить из дома и никого не пускал домой.

Конечно же, с нею необходимо выстраивать беседу совершенно в ином алгоритме, и в этом случае будет нелепостью проверять у нее ясность сознания при очевидности этой самой ясности. Следующим принципом построения беседы считается проверяемость и адекватность тех данных, которые мы получаем в ходе беседы. В беседе о видах бреда мы будем изучать бред ревности. Мы подробно исследуем феномен ревности. Сейчас же вскользь упомянем о том, что врач обязан переспросить, что понимает пациент под понятием ревность, если таковое высказано в ходе беседы. Конечно же, в случае, когда муж ревнует учительницу литературы к А.С. Пушкину, речь идет совершенно не о том феномене ревности, который является содержанием сверхценных или бредовых идей ревности.

Пожилая женщина жалуется на сына и повторяет десятки раз слово «алкоголик», которым называет своего отпрыска. Перепроверяя, соответствует ли определение, даваемое женщиной, общепринятому понятию «алкоголизм», мы выясняем, что речь идет об употреблении юношей во время застолий 100—150г вина.

Ни признаков абстиненции, ни запоев, ни тяги, ни одного из известных признаков синдрома зависимости найти не удастся. Таким образом, определение «алкоголик» совершенно неприменимо к реальному поведению молодого человека. Пятый принцип клинического интервью или беседы — беспристрастность — принцип, заложенный К. Ясперсом в основу феноменологического метода. Мы должны совершить небольшой экскурс в «Общую психопатологию» Ясперса, в которой он пишет: «От любого психопатолога требуется, чтобы он в своей работе проводил четкое различие между наблюдениями и оценочными суждениями. От психопатолога требуется лишь спокойная, непредвзятая сосредоточенность на фактах психической жизни. Человек как объект исследования требует беспристрастного и заинтересованного подхода, свободного от какой-либо предубежденности. Следование теоретическому предрассудку неизбежно приводит к предвзятому восприятию фактов... На действительность сплошь и рядом смотрят глазами той или иной теории» [79].

Ясперс именует такие предрассудки теоретическими.

Соматическими предрассудками Ясперс называл трактовку душевной жизни как соматическое событие. Он считал, что данный предрассудок возникает вновь и вновь в «обличье физиологии, анатомии или некоего суррогата биологии». Основатель феноменологии считал фантастическими анатомические построения Мейнерта и Вернике и называл их «мозговой мифологией». Один из известных ученых нашей страны обвинял автора этих строк в пренебрежении к патологоанатомическим изысканиям при шизофрении. Он уверенно утверждал, что

признаком шизофрении является овальное закругление третьего желудочка мозга, обнаруживаемое при вскрытии умерших больных, страдавших при жизни шизофренией. Не будем вдаваться в суть дискуссии, но такая постановка вопроса чем-то напоминает «мозговую мифологию» полуторовековой давности.

Медицинские предрассудки Ясперса

Следующим видом предрассудков Ясперс считал психологические и интеллектуальные предрассудки. «Слишком многое в поведении больного приписывается злой воле или притворству; при этом ошибка врача состоит не столько в «психологизировании», сколько в морализаторстве. Некоторые врачи... глубоко возмущаются, когда им не удается обнаружить хорошо известные физические признаки болезни. В глубине души они считают все это элементарным капризом и лишь в самых безнадежных случаях передают дело психиатру». Далее он же анализирует склонность усматривать осознанную причину в любой человеческой деятельности. Преувеличенное стремление выискивать повсюду рациональные взаимосвязи порождает склонность к умствованиям, т.е. к интеллектуальным предрассудкам. Мы сталкиваемся с ними десятки и сотни раз, выслушивая «исследования» родителей о причинах психической болезни своих детей. У юноши развивается дебют болезни, возникает симптом «дерева и стекла», появляется враждебность к родителям, а папа с мамой уверенно находят причину изменившегося поведения сына в просмотре им последнего телесериала. Самое скверное заключается в том, что врачи нередко идут на поводу в поиске мнимых причин и вместо назначения адекватной терапии читают мораль о вредном влиянии триллеров или жесткой эротики на неокрепшую психику подростка. Склонность к ложным аналогиям — это также один из известных предрассудков. К. Ясперс писал, что душа сама по себе не может быть предметом наблюдения, мы представляем душу через уподобления и символы.

«Яркие и образные аналогии настолько легко овладевают нашим разумом, что мы время от времени начинаем усматривать в них нечто большее, а именно — понятия, имеющие теоретическую ценность.... Так происходит, в частности, в тех случаях, когда душа разбивается на отдельные элементы, подобные атомам, или когда события психической жизни рассматриваются как механические движения (механическая теория души)...»

Медицинские предрассудки, связанные с количественными оценками, объективными наблюдениями и диагностикой.

«Согласно этому предрассудку научным признается только установление количественных взаимосвязей, в то время как исследование чисто качественных изменений рассматривается как область произвольных, субъективных и ненаучных спекуляций». Начинаящий психиатр должен с известной долей критики и рассудительностью оценивать значимость многочисленных математических шкал депрессии, тревоги, паранойяльности, шизоидности и др. Математические цифры не должны и не могут подменять клинического познания живого феномена, во всяком случае не могут служить основанием для безошибочной диагностики психического заболевания у конкретного больного, даже если шкала депрессии или шизоидных изменений указывает на эти диагностические ярлыки. Как пример доведения до абсурда данного предрассудка можно оценить почти анекдотический случай, приведенный Портновым. Одна из ученых дам в конце тридцатых годов пыталась защитить докторскую диссертацию, измеряя содержание олова в крови психически больных в соотношении с так называемым оловянным блеском глаз (свинцовый блеск). Конечно, это больше тяготеет к квалификации этой дамы в качестве пациентки с умственной отсталостью, степени дебилности, но сам пример математизации клинического симптома весьма поучителен.

Расстройства восприятия

Познание окружающего мира и самого себя начинается с восприятия нашими органами чувств всего, что окружает человека и является им самим. Мы смотрим в окно своего дома на желтеющую листву, и мгновенно в сознании возникает образ, а затем и суждение о том, что на дворе осень. Мы видим в зеркале свое небритое

лицо, и тут же появляется мысль, что нужно обязательно привести себя в порядок. В сознании человека восприятие мира и возникновение мыслей об этом мире, суждений и умозаключений неразрывно связано, это - единый и бесконечный процесс. Великий И. Кант утверждал, что «ни одну из этих способностей нельзя предпочесть другой. Рассудок ничего не может созерцать, а чувства ничего не могут мыслить. Только из соединения их может возникнуть знание» [33]. С учебной целью уже не первое столетие этот процесс разбивают на части. Конечно, расчленение на части, наверное, не самое лучшее, что можно придумать, но в любой, даже самой простой школьной дисциплине познание разделяют на «кирпичики». Сначала ребенок, как и начинающий ученик, схватывает общий образ явления, скажем, он узнает, что есть солнце, свет и этот свет белый. Затем он начинает познавать составные части этого явления и через феномен радуги с удивлением постигает, что свет состоит из семи разных составных цветов, складывающихся в радугу. И только на третьем этапе он вновь суммирует знания о свете и познает корпускулярно-волновую теорию света, закон постоянства скорости света, знаменитую формулу Эйнштейна о соотношении энергии и скорости света. Не будем оригиналами, приступим и мы к изучению познавательной деятельности большого человека через изучение нарушений восприятия. Но, расчленяя единое объемлющее психическое состояние человека на отдельные явления, поучастуем и мы вместе с Воландом в завтраке с беспокойным стариком Иммануилом. Он предупреждал более двух столетий назад, что анализ оснований явлений, именно факт разложений в анализе этих оснований уничтожает те явления, которые мы хотели объяснить. Через полтора столетия Нильс Бор продолжил это размышление и предупредил об опасности слишком сильной детализации принципа жизни. Явления жизни, как говорил Бор, распадутся именно потому, что мы слишком далеко зашли в попытке разложить само основание, сам принцип жизни.

Итак, что такое ощущение? Это, согласно официальному словарю русского языка, есть чувственное восприятие явлений объективного мира органами чувств. Попробуем сейчас не обращать внимание на слово «восприятие», являющееся составной частью определения ощущения, в данном контексте оно носит лингвистический характер. Выделим главное: это, согласно данному словарю, есть чувственное явление и сосредотачивается оно в органах чувств, т.е. «этажом выше не поднимается». Но вот иное определение ощущения, которое, согласно другому уважаемому изданию — «Словарю философских терминов», есть переработанный в коре головного мозга результат взаимодействия внешнего мира и органов чувств человека. Следовательно, не все ученые разделяют периферическую локализацию ощущений. А что же такое восприятие? Это, согласно тому же словарю, — непосредственное чувственное отражение действительности в сознании, способность воспринимать, различать и усваивать явления внешнего мира. Попробуем также не обращать внимание на тавтологию, при которой восприятие есть способность воспринимать. Отметим главное — два ключевых слова: чувственное явление и происходит оно в сознании. Итак, различие ощущения от восприятия кроется в различной поэтажности возникновения. Участие сознания и есть тот узловый момент, который отличает восприятие от ощущения. Но не только этим отличается восприятие от ощущения. Уже понятно, что восприятие — это одна из узловых познавательных способностей и возможностей человека. В чем же главная суть этого процесса? Видимо в том, что в центральной нервной системе воссоздается целостный образ предмета, явления, объекта окружающего мира. Воссоздается этот образ соединением, синтезом всех отдельных ощущений, возникающих вследствие воздействия различных свойств этих предметов, явлений, объектов на органы чувств человека.

Мы определились с терминами. Теперь поразмышляем, как часто и у кого могут встречаться ошибки или искажения ощущений и восприятия? Ошибки или искажения ощущений и восприятия отмечались людьми с незапамятных времен. Философы Древней Греции обратили внимание на возможность ошибочности ощущений и восприятий при чувственном познании мира, и это отразилось в нескольких «тропах» С. Эмпирика, при обосновании им основ скептицизма:

Один и тот же мёд мне кажется сладким, а страдающему желтухой горьким.

Одна и та же краска кажется глубоким старцам темной, а молодым — достаточно яркой» [77]. Много позже выдающийся философ Англии Д. Беркли во введении к «Трактату о принципах человеческого знания...» восклицал: «Предрассудки и обманчивость ощущений обнаруживаются со всех сторон перед нашим взором, и, пытаясь исправить их при помощи разума, мы незаметно запутываемся в странных парадоксах, затруднениях и противоречиях...» [7]. Речь идет отнюдь не о больных, а о принципах человеческого познания вообще. Таким образом, принимаем к сведению, что ошибки в ощущениях и восприятии есть явления повсеместные, свойственные в разной мере всем людям и не считаются обязательными признаками психического заболевания.

Расстройства восприятия. Искажение или изменение ощущений

Искажение или изменение ощущений испытал каждый человек. Хотя бы раз в жизни каждому из нас вводили анестетик для обезболивания оперативного вмешательства, вскрытия панариция, удаления или лечения зуба. Постепенно болевое ощущение и болевая чувствительность снижались, а затем исчезали вовсе. На уровне болевых рецепторов, т.е. болевых органов чувств, изменялось ощущение боли; это носит название гипостезии и анестезии. Мы приходили с мороза домой, наши озябшие руки брал в свои отец и энергичными движениями лохматил собственные волосы на голове. Пальцы постепенно отходили, и сначала появлялись парестезии — колющие мурашки, а затем восстанавливалась болевая и температурная чувствительность. Гиперестезия — повышение интенсивности ощущений возникает у здоровых в минуты особого душевного подъема — восторга, счастья, вдохновенья. Появляются эти феномены и при некоторых болезнях. Замечательно описаны гиперестезии у В. Каверина в романе «Освещенные окна»: «К чувству беспричинной досады присоединялась сильная головная боль. Звуки обыкновенной жизни, которые я прежде не замечал: хлопанье дверей, шаги над головой, железное гудение лифта — теперь охлестывали меня с головы до ног. Мне казалось, что даже солнечный свет с пронзительным свистом врывается в комнату сквозь открытые окна. Это было болезненное обострение слуха, характерное для воспаления паутинной оболочки мозга». Психиатрами оно называется гиперакузией. А.К. Нейман и В. Нилан описали очень интересный феномен, встречающийся при шизофрении, — нарушение привычного восприятия. При этом феномене происходит неожиданное для больного осознание сенсорных, чувственных стимулов, которые в норме, ранее, не достигали порога сознания. О чем идет речь? Мы идем по улице, от каждого нашего шага раздаются звуки, которые нами слышны, но не осознаются в силу их обычности, в силу не обращения на них внимания. Авторы описывают состояние, при котором больной перестает жевать, так как ощущает и слышит сильный хруст от пережевывания яблока. Другой больной в их описании начинает говорить шепотом из-за того, что обычная его речь воспринимается им самим как громкий крик. У нас был случай, когда больной отказался от еды, так как слышал постоянно перистальтику своего кишечника, причем, как он говорил, именно тонкого кишечника.

Вспоминается еще один случай, который много лет назад было трудно точно квалифицировать: девушка с дебютом заболевания отказалась посещать секцию художественной гимнастики в связи с тем, что слышала громкий хруст суставов рук и ног при выполнении упражнений. Если сказать коротко, при этом нарушении происходит усиление сенситивности сознания, развивается как бы гиперчувствительность сознания (то самое «стекло и дерево» старых авторов, по части только «стекла»).

Расстройства восприятия. Иллюзии

Иллюзии. Переходя к изучению этих нарушений восприятия, отметим, что данное слово имеет два значения. Во-первых, это — искаженное восприятие действительности (предметов, явлений, объектов действительности). Во-вторых, несбыточная надежда, мечта. Матери взрослеющих дочерей частенько употребляют выражение: «Не строй иллюзий в отношении своего Петра (Вани, Миши)...». Они понимают под этим словом искаженное восприятие личности будущего зятя. Нас интересует прежде всего психопатологическое значение данного термина, но, кроме болезненных иллюзий, существуют иллюзии у совершенно здоровых людей.

Ты смотришь на солнце, встающее на востоке или заходящее на западе, и видишь огромный красный шар. Ты любишь радугой в грозу. Тебе повезло побывать на севере и воочию увидеть северное сияние. Все это — примеры иллюзорного восприятия внешнего мира, так называемые физические иллюзии. Сюда же относится «знаменитая» ложка в стакане воды, воспринимающаяся как сломанная. Иллюзии, возникающие из-за особенностей деятельности органов чувств и восприятия, называют физиологическими иллюзиями. Между прочим, чтобы их изучить, можно не книжки читать, а сходить в цирк. Все иллюзионисты мира, когда они распиливают молодую девушку пополам, показывают, как соединяются разорванные листы газеты, из рукавов вылетают голуби, изо рта вылетают яйца, все они пользуются закономерностями иллюзорного восприятия действительности, специально воссоздаваемыми искусством артиста-иллюзиониста.

Мы убедились в том, что по части иллюзий обладаем достаточно большим опытом, не будучи душевнобольными. А что же появляется нового при психических заболеваниях? Включается механизм участия сознания, которое мы выделяли в определении восприятия. Именно на этапе синтеза ощущений, образования единого образа восприятия в сознании и включаются патологические механизмы поврежденной психики. Самые понятные и простые иллюзии — аффектогенные, образующиеся в результате давления на сознание аффекта страха, тревоги, тоски. Вспомним себя маленькими детьми лет 5—6. Тебя оставили одного в доме. Вечереет. Свет горит в твоей комнате. В коридоре сумрачно. На вешалках висят пальто, куртки, плащи. Страшно одному дома. Вглядываясь в темноту коридора, тебе кажется, что в углу кто-то притаился. Образ врага меняется, как меняется окружающая нас жизнь. Сто лет назад это могли быть сказочные лешие, Кощеи, домовые. Полвека назад — фашисты, сегодня — роботы, угловатые и уродливые диснеевские герои. Ты боишься зажечь свет, но, если преодолеешь страх и щелкнешь выключателем, свет рассеет любые иллюзии. Такие иллюзии могут быть не только зрительными. Больной, испытывающий страх преследования киллеров мафии, может услышать искаженную речь мужчин, стоящих на автобусной остановке и обсуждающих план убийства пациента, — это вербальные иллюзии. Политический деятель, уже однажды отравленный, испытывающий страх перед каждым публичным приемом пищи, может ощутить горький или любой другой необычный вкус подаваемого блюда — это вкусовая иллюзия. Пожилой человек, с колостомой и калоприемником, испытывающий постоянные опасения стать источником неприятного запаха, может ощутить фекальный запах от собственной

одежды, когда его в действительности нет, а одежда пахнет смесью нафталина и одеколона, и это обонятельная иллюзия.

Парейдолии, или фантастические иллюзии, чаще возникают на фоне какого-либо психического заболевания. Это может быть начальная стадия алкогольного делирия (белая горячка), органический психоз или начальная стадия эндогенного процесса. Один из удивительно точных художественных образов парейдолий создал А.П. Чехов в рассказе «Черный монах»:

«Коврин остановился в изумлении. На горизонте, точно вихрь или смерч, поднимался от земли до неба высокий черный столб. Контуры у него были неясны, но в первое же мгновение можно было понять, что он не стоял на месте, а двигался с страшною быстротой, двигался именно сюда, прямо на Коврина... Монах в черной одежде, с седою головой и черными бровями, скрестив на груди руки, пронесся мимо...» [70].

Итак, в узорах ковров, обоев, каком-либо реальном физическом явлении больной искаженно видит фантастические или сказочные образы. Больной вглядывается в них и тут же начинает видеть фантастических животных, насекомых, чертей, силуэты и лица врагов или какой-то нечисти.

Несколько лет назад в женском отделении лечилась больная, у которой за год до того была удалена доброкачественная опухоль мозга. Из-за оставшегося рубца в мозговой ткани время от времени у нее возникали психотические состояния, при которых она в узорах собственного домашнего ковра видела страшную фантастическую рожу какого-то чудовища с пылающим высунутым языком. Это зрелище было настолько страшным, что больная попыталась однажды вырезать дыру в ковре по контуру имеющегося узора. Сын воспротивился этому, и женщина чуть не убила его ножом, о чем вскоре с плачем и сожалением поведала врачам.

Расстройства восприятия. Галлюцинации

Особый вид иллюзий — **психосенсорные расстройства** — мы обсудим попозже, ибо большинством современных психиатрических руководств они выделяются в отдельный тип нарушений восприятий.

Перед тем как начать изучение галлюцинаций, уточним терминологию и таксономию в психиатрии. Как любая отрасль человеческой деятельности, как любая наука, психиатрия разработала и имеет свой собственный язык. Врачи, знающие его, понимают друг друга и, самое главное, понимают, о чем они говорят в каждый данный момент. Чтобы мы понимали, слышали друг друга и одинаково оценивали те или иные нарушения психической жизни человека, мы должны составить некий негласный договор, что под психиатрическими терминами мы будем понимать одно и то же, для чего значение каждого термина, если это в принципе возможно, будем особо оговаривать.

Галлюцинации. Итак, первым, кто дал название особому феномену психической патологии человека, был, как известно, французский психиатр Ж. Эскироль:

«В состоянии галлюцинации находится тот, кто имеет внутреннее убеждение в том, что он воспринимает в данную минуту ощущение, тогда как в пределах досягаемости его органов чувств нет никакого внешнего предмета, способного возбудить это ощущение». Критика В.Х. Кандинского уточняла и конкретизировала это определение, а главное выводила это явление на верхние «этажи» психики. Не патология ощущений есть галлюцинации, а патология восприятия, утверждал

В.Х. Кандинский. Он дает следующее определение: «Под именем галлюцинации я разумею непосредственно от внешних впечатлений независящее возбуждение центральных чувствующих областей, причем результатом такого возбуждения является чувственный образ, представляющийся в воспринимающем сознании с таким же самым характером объективности и действительности, который при обыкновенных условиях принадлежит лишь чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных впечатлений» [31]. Позже мы продолжим разговор о терминологии, мы поклонимся памяти великого В.Х. Кандинского и разберемся с описанными им псевдогаллюцинациями.

Существует множество классификаций галлюцинаций. Оставим в покое их авторов и попытаемся осознать суть различий феноменов, описываемых ими.

Одними из первых человечество описало в различных литературных памятниках, художественных произведениях и научных монографиях психогенные галлюцинации, т.е. такие, которые возникают после тяжелой психической травмы. Одно из лучших описаний — призрак отца Гамлета у Шекспира. После смерти отца, принц датский, Гамлет, очень тяжело переживавший эту смерть, слышит из уст преданных слуг: «Средь мертвой беспредельности ночной творится вот что. Некто неизвестный, в вооруженье с ног до головы и сущий ваш отец, проходит мимо державным шагом. Трижды он скользит перед глазами их, на расстояние протянутой руки, они ж стоят, застыв от страха и лишившись речи, как громом пораженные...». Вскоре призрак видит и сам Гамлет, и не только видит, но и слышит обращенные к нему слова: «Я дух родного твоего отца, на некий срок скитаться осужденный... О слушай, слушай, слушай! Если только ты впрямь любил когда-нибудь отца» [73]. Призраки отцов, матерей и детей возникают не только в трагедиях Шекспира.

Три года назад девушка, убившая своего родного отца, при проведении судебно-психиатрической экспертизы со слезами и рыданиями рассказывала, как по ночам к ней в камеру, где она сидит, приходит призрак ее отца, вступает с нею в разговор, спрашивает, за что она его убила, просит у нее прощения и прощает ее сам.

Года четыре назад мы в течение 3 дней вылечили больную с синдромом Ганзера, у которой на фоне истерического помрачения сознания выявлялись психогенные галлюцинации.

Она видела своего только что умершего племянника, который вращался на какой-то очень красивой карусели, на фоне также чудесного красивого зеленого ландшафта. Больная смотрела застывшим взглядом в пространство, время от времени на лице появлялось восторженное выражение, она рукой отстраняла врача, загораживающего ей замечательные видения, и повторяла помногу раз: «Матур, матур...» (красиво).

Как у призрака отца Гамлета, у видения племянника нашей больной были существенные опорные признаки, отличающие эти феномены от всех других нарушений восприятия. Они имели пространственную локализацию. «Он скользит перед глазами их, на расстояние протянутой руки» — так у Шекспира. Наша больная отстраняла врача, так как он загораживал видение, оно (племянник) находилось в каком-то физически определяемом пространстве. И в том, и в другом, и в третьем случае галлюцинирующие люди воспринимали видения как объективно существующую на данный момент реальность. Во всех случаях видения появлялись вскоре или тут же после сильного душевного потрясения. Психогенные галлюцинации и иллюзии — самые простые с точки зрения понимания и эмпатии психиатра, они очень легко транспонируются во внутреннее психическое «я» врача и поэтому простые для опознавания и описания психопатологом, как «субъективные явления больной душевной жизни» по К. Ясперсу.

Расстройства восприятия. Рефлекторные и функциональные галлюцинации

Галлюцинации функциональные — слуховые галлюцинаторные феномены, возникающие только в момент действия реального слухового раздражителя. Нам встречались такие феномены у больных с экзогенными (интоксикационными психозами).

Мужчина, страдающий синдромом зависимости от алкоголя (хроническим алкоголизмом), в предпсихотической стадии развития острого алкогольного вербального галлюциноза, возвращался из месячной командировки домой на поезде и сквозь стук колес слышал ритмично повторяющиеся угрозы: «Убью, сволочь, убью, сволочь». Как только поезд останавливался и стук колес прекращался, эти переживания исчезали.

Мы можем прочесть у В. Осипова классическое описание функциональной галлюцинации, когда больная в тиканье часов слышала: «Катка дура, Катка дура» [52]. Сейчас другие звуки, другие и переживания. Больные слышат галлюцинаторные звуки и слова в шуме мотора самолета, звуках работающего отбойного молотка, колесах поезда и трамвая, жужжании компьютера, оглушающего грохота автомобильных приемников.

Ветеран войны, контуженный, слегка тугоухий, страдающий органическим заболеванием мозга, проживал вблизи маленького районного аэродрома. В последние годы регулярно, когда взлетали старые «кукурузники», в реве мотора слышал сначала сирену воздушной тревоги, а затем четкие фразы Ю. Левитана о капитуляции фашистов, окончании войны и Дне Победы. Он и не пытался лечить эти патологические переживания, ибо их содержание понятным образом грело душу больного отвоевавшего старика.

Рефлекторные галлюцинации — появление галлюцинаторного образа, возникающего одновременно с реально существующим раздражителем, но в другом анализаторе.

У больной шизофренией на этапе перехода истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации (о которых речь будет идти дальше) при работе в саду-огороде появились рефлекторные галлюцинаторные явления. Каждый раз, когда она нажимала правой ногой на лопату и втыкала ее в землю, она ощущала движение полового члена определенного мужчины внутри своего влагалища.

Мужчина этот был субъектом эротического бреда. Бредовые высказывания носили во многом вторичный, чувственный характер, так как сопровождали эти необычные галлюцинаторные феномены. Второй случай был с женщиной, у которого на этапе становления ипохондрического варианта бреда Котара (который также носил характер чувственного бреда) появились галлюцинаторные феномены, которые невозможно оценить иначе, как рефлекторные галлюцинации.

Он работал в строительной организации. Когда в силу необходимости он брал в руки дрель и начинал сверлить отверстие в бетонной стене, ощущал, как из его прямой кишки выползает глист (аскарида). Ощущение было настолько явным и мучительным, что, не закончив работу, он всякий раз отправлялся в туалет, раздевался и исследовал белье и тело, пытаясь найти аскариду. Но, с окончанием процесса сверления стены, как только он опускал руки с дрелью, эти галлюцинаторные явления исчезали.

В этих двух случаях, как и во многих иных, невозможно полностью отделить бредовые феномены от галлюцинаторных, поэтому мы всегда говорим, что разделение единой психопатологической картины всегда носит условный характер, делается это во многом с учебной целью. К сожалению, учебные приемы перерастают потом в профессиональные, и врач-психиатр начинает расчленять единый психический статус на маленькие «кирпичики», которые сразу же теряют и живость, и самобытность, и диагностическую ценность.

Ассоциированные, Билатеральные, Антагонистические, Ацеломорфные галлюцинации

Истинные галлюцинации разделяют по органам чувств, и это настолько простое деление, что достаточно перечисления: истинные зрительные галлюцинации, истинные слуховые галлюцинации (в структуре последних

выделяются также вербальные, т.е. словесные), истинные вкусовые, обонятельные и тактильные галлюцинации. С первых дней работы мы сталкиваемся с истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями, как только в приемном покое начинаем принимать первого же больного с алкогольным психозом. При делирии будут преимущественно зрительные, при вербальном галлюцинозе — соответственно слуховые. Главной их особенностью, определяющей необходимость строгого психиатрического наблюдения, является субъективное отношение больного к ним как к реальности. Если он видит или слышит нечто устрашающее, угрожающее его жизни или жизни его близких, он будет защищаться. Лучшая защита — нападение. Но даже если больной изберет иной способ защиты, это не всегда безопасно для окружающих людей. Приводим случай из судебно-психиатрической практики последних месяцев.

Больная с острым алкогольным психозом, в картине которого отмечались и истинные зрительные галлюцинации, и истинные вербальные, видела, как от анального отверстия сына отползали белые лучи-червяки, которые «голоса» со стороны оценивали, как доказательство испорченности сына, доказательство того, что он гомосексуалист. Эти «голоса», говорящие с нею с улицы, рекомендовали ей каким-либо образом защитить честь сына. Она не придумала ничего лучшего, как убийство сына. Чем быть опозоренными в глазах соучеников и соседей, пусть лучше умрет и она вместе с ним. Она зарубила его спящего несколькими ударами топора. При этом, когда он, еще полуживой, вопрошал: «Мама, что ты делаешь»? — раз за разом опускала топор на его голову и лицо и говорила: «Ничего сынок, спи, сейчас тебе будет хорошо». Зарубив сына, безуспешно пыталась покончить с собой.

Только твердое убеждение в истинности и реальности тех образов, которые она видела и слышала, сумело преодолеть материнский инстинкт, и свершилось самое большое зло на земле — детоубийство.

Истинные тактильные галлюцинации — одно из самых мучительных психопатологических переживаний, нередко толкающих больных на самоубийство. Больные, чаще преклонного возраста, с сосудистыми заболеваниями мозга, испытывают ползание и передвижение под кожей мелких насекомых — клопов, вшей, клещей, червячков. Ощущения настолько мучительны, что пациенты раздирают кожу, разрезают ее лезвиями бритв или ножами. Это не приносит облегчения, и они решаются на суицид.

В приемный покой доставлен средних лет мужчина, накануне последний раз употребивший примерно 500 г водки. Сидя на кушетке, он с возбуждением ловит вшей, которые выскакивают из-под кожи: «Вот, вот они, белые и черные вши. Смотри, смотри, прыгают, прямо изнутри кожи». При этих словах он ловит несуществующих вшей, давит их ногтями. Все лицо его в коростах, расчесах и нарывах.

Этот больной испытывает зрительные и тактильные галлюцинации. Остальные виды галлюцинаций перечислим в алфавитном порядке, ибо какой бы принцип их подразделения не принимать, все они не смогут расположиться в алгоритме одного принципа деления этих феноменов.

Ацеломорфные галлюцинации — такие зрительные галлюцинации, при которых возникающие галлюцинаторные образы нечеткие, не имеют очерченных ясных контуров, бледные. Вспомним самый лучший мультимедийный мультик всех времен и народов - «Ежик в тумане». Образы ежика, лошадки появляются из тумана и исчезают в тумане, они расплывчаты, нечетки, но узнаваемы и очень даже реальны. Мы их узнаем.

Антагонистические галлюцинации - одна из разновидностей вербальных галлюцинаций, где посторонние голоса постоянно меняются по содержанию на противоположное. Одни голоса говорят плохое, другие хорошее, одни обвиняют, другие защищают. Чаще все же такие галлюцинации появляются в виде псевдогаллюцинаций, такие антагонистические диалоги больной слышит внутри своей головы, когда угнетающие и руководящие им «силы, устраивают» ему прослушку негативного, компрометирующего характера, а силы, защищающие больного, также насильственно, без его желания, представляют ему информацию его «личной адвокатской конторы». Такие антагонистические голоса могут быть прелюдией или сопровождать появление антагонистического, манихейского бреда.

Ассоциированные галлюцинации - отдельные галлюцинаторные образы сменяют друг друга в определенной логической последовательности. Сначала, скажем, больной «нечто» слышит, потом это «нечто» видится им в виде зрительного галлюцинаторного образа, или наоборот. Такие примеры описаны В.Х. Кандинским, и они являются примерами ассоциированных галлюцинаций, когда псевдогаллюцинации сменяются истинными галлюцинациями, логически связанными с первыми по содержанию галлюцинаторных переживаний:

«Вдруг он внутренне видит на недалеком от себя расстоянии ...на листе крупными золотыми буквами было напечатано: «Доктор Браун». В первый момент больной пришел было в недоумение, не понимая, что могло бы это значить, но «голоса из простенка» вскоре возвестили ему: «вот профессор Браун, прислал тебе свою визитную карточку» [31].

Билатеральные галлюцинации (Маньяна) - это галлюцинации, при которых содержание слов, слышимых с одной стороны, противоположно содержанию слов, слышимых с другой стороны (другим ухом). Сам Маньян описывал это так: «Нам остается изучить еще один курьезный феномен, который наблюдается иногда в практике. Галлюцинации поражают обычно равномерно обе половины каждого из органов чувств: галлюцинант, как и нормальный человек, слышит «голоса» обоими ушами, видит зрительные галлюцинации обоими глазами, воспринимает, короче говоря, воображаемое обоими парными органами. В некоторых случаях галлюцинации возникают с одной стороны. Больной чувствует, что на него воздействует через один глаз или ухо или половину тела. В других, более редких случаях, галлюцинации двухсторонни, но содержание их различно в зависимости от стороны, на которой они возникают. Правое ухо, например, слышит приятные речи, левое — брань и оскорбления. ...Но не упускать из виду и то, что галлюцинации как проявление хронического бреда всегда отвечают содержанию бредовых идей; вначале они, вместе с этими идеями, тягостны для больного, затем, также в соответствии с бредом приобретают положительный характер. Если у больных с хроническим бредом имеют место двухсторонние галлюцинации с полярно-противоположным латеральным содержанием, то вначале появляются галлюцинации неприятного для больного свойства» [47].

Галлюцинации императивные, комментирующие, лилипутовые, музыкальные

Висцеральные галлюцинации (энтеро- и интероцептивные, соматические, телесные и т.д.). У этого вида галлюцинаторных феноменов много названий. Чаще они встречаются в виде псевдогаллюцинаций. Висцеральные галлюцинации - это ощущение наличия во внутренних органах человека посторонних предметов, чаще живых существ: змей, лягушек, тараканов, крыс, червей, гвоздей, шарикоподшипников, радиопередатчиков, микрофонов и т.д. С висцеральной галлюцинацией связана попытка психиатров разубедить больную с вторичным чувственным галлюцинаторным бредом. Эта знаменитая акция была осуществлена в тридцатые годы прошлого столетия.

Больной, утверждавшей, что в ее желудке живет змея, сделали имитацию оперативного вмешательства. После проведенной под наркозом лапаротомии, ей показали якобы извлеченную из ее желудка змею. Успокоение длилось пару дней. Затем больная стала говорить, что змею удалили, но змееныши остались, и она их чувствует.

У Маньяна мы находим один из самых блестящих примеров висцеральной псевдогаллюцинации:

«Один виденный нами несколько лет назад больной говорил, что его «темпорализовали»: его невеста будто бы проскочила в его тело через отверстие в височной (темпоральной) области и все ее органы наложились на его собственные: глаз к глазу, ухо к уху, пупок к пупку. Так как он находился в мужском отделении, двойственность его персоны, состоящей одновременно из мужчины и девушки, ставила его в самое затруднительное положение. Когда он вставал или ложился спать, то со стыдливостью юной девицы спешил натянуть на себя рубашку или поскорее лечь; днем же постоянно скрещивал ноги, охраняя, таким образом, свою девственность» [47].

Гаптические галлюцинации — разновидность тактильных галлюцинаций - ощущение давления на поверхность кожи, охватывания, резкого прикосновения.

Много лет назад в женском отделении лечилась больная с истерическим психозом. Кроме истинных психогенных зрительных галлюцинаций, у нее отмечались гаптические галлюцинации как часть комплексных галлюцинаций. Каждую ночь при рассеянном свете ночника она видела большого зеленого Вия, хватавшего ее за руки, за ноги. Вий «лапал» ее своими мохнатыми конечностями, при этом, как говорила больная, «все норовил ухватить за грудь или ягодицу».

Гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации - зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании и просыпании, в промежуточном состоянии между сном и бодрствованием. На мгновение отвлекемся от нарушений восприятия и вспомним из курса физиологии, что сон, как и **бодрствование**, не наступает мгновенно. Есть некая промежуточная фаза неполностью ясного сознания, мозговым структурам требуется время, чтобы переключить тумблер сознания: включено/отключено. Вот в это время и могут возникать галлюцинаторные переживания, которые пациент, несмотря на неполную ясность сознания, все же оценивает не как сновидения, а именно как галлюцинации.

Пожилой мужчина с алкогольной энцефалопатией (деменция, связанная с употреблением алкоголя) в состоянии очередной абстиненции при засыпании с закрытыми глазами видит три гроба с находящимися в них родственниками. Он открывает глаза, ничего не обнаруживает, но считает, что три гроба он действительно видел, бежит к жене и спрашивает, куда они делись.

Галлюцинации императивные — вербальные (словесные) галлюцинации, приказывающие совершать те или иные действия. Очень частый вид галлюцинаторных переживаний.

Больная эпилептическим психозом, тщедушная женщина с культей в нижней трети предплечья справа и культей в области первых фаланг левой руки, будучи в церкви на молитве, услышала, как муха, севшая ей на кончик носа, повелительным голосом приказала ей: «Стоящая перед тобой старуха — дьявол! Немедленно убей ее, иначе она, дьявол, уничтожит весь мир, погибнут все люди». Муха повторила это приказание несколько раз, после чего наша больная вышла на двор церкви, схватила лежавшее на улице кайло и убила старушку одним ударом кайла.

Каким образом она с двумя культями удерживала в них кайло, до сих пор является тайной.

Галлюцинации комментирующие — вербальные галлюцинации, при которых слышимые больным голоса обсуждают его поступки, действия, мысли, высказывающие свои суждения, одобряющие или осуждающие больного и его действия. Встречаются очень часто.

Больной острым алкогольным галлюцинозом слышит «голоса» своих врагов, которые утром носят комментирующий характер. Они обсуждают между собой, как он собирается на работу — правильно или нет, принимает пищу, посмеиваются над его нищей одеждой. К вечеру характер голосов меняется, и наряду с комментариями действий больного он начинает слышать угрозы в свой адрес: «Нужно разобраться с этим нищим алкоголиком и извращенцем...»

Галлюцинации микропические — лилипутовые. Восприятие несуществующих в действительности микроскопических предметов, явлений или живых существ. Созданные фантазией Д. Свифта «Путешествия Гулливера» иллюстрируют такие галлюцинации. Красочно описывает писатель страну Лилипутию, в которой он движением руки передвигал десятки микроскопических кораблей с тысячами лилипутов.

Галлюцинации макропические, наоборот, - восприятие несуществующих в действительности гигантских предметов, явлений или живых существ. Во второй книге Д. Свифт описывал, как Гулливер существовал в окружении гигантского размера людей, каждая нога которых казалась ему огромными столбом. Он ощущал себя букашкой в окружении этих людей.

Галлюцинации музыкальные. Это когда больные слышат своими ушами (если это истинные галлюцинации) музыкальные звуки — мотивы различных песен, звуки разных музыкальных инструментов, аккорды, отдельные отрывки мелодий.

Пожилой пациент, страдавший сосудистым психозом, проработавший многие годы учителем средней школы, имевший безупречную репутацию истинного коммуниста, несколько раз в день останавливался в коридоре, палате, столовой, туалете (в любом месте), застывал по стойке «смирно» и шевелил губами нечто беззвучное. На вопрос врача, что происходит с ним в эти минуты, больной сообщил, что слышит несколько раз в день весьма отчетливо и громко гимн Советского Союза, звуки которого заставляют его отдавать честь главному символу государства.

Галлюцинации сценические, моторные, обонятельные, негативные, панорамные

Галлюцинации моторные (кинестетические, чаще в виде псевдогаллюцинаций). Ощущения совершения движений своими конечностями, всем телом, частями тела, языком. Мы наблюдали моторные (кинестетические) галлюцинации у психически больных только в виде псевдогаллюцинаций.

Один наш пациент после убийства собственной жены объяснял содеянное влиянием посторонних сил, в том числе и тем, что его рукой руководила посторонняя сила, которая и убила жену: «Жену убил не я, а моя рука, руководимая этой силой».

Обонятельные галлюцинации - ощущение постороннего запаха без наличия его источника. Раньше данный вид переживаний встречался довольно часто в дебюте шизофрении. Сейчас обонятельные галлюцинации — нечастое явление.

У одной нашей больной с шизофреноподобной картиной психоза, онейроидно-подобными переживаниями нахождения в космосе, возникшими на фоне огромной опухоли лобной доли, давящей на ольфакторную ямку, моментом истины были обонятельные галлюцинации, при которых она ощущала «запах мужского оргазма». На вопрос, что это за запах, больная, сколько не пыталась, не смогла его конкретизировать.

Галлюцинации негативные (отрицательные) — больной не видит предметы, людей, живых существ, реально находящиеся в поле его зрения. По-видимому, это один из редких видов галлюцинаторных феноменов, во всяком случае, за долгие годы работы нам довелось встретить только одного пациента, который при ясном сознании не видел в помещении ординаторской письменный стол и врача, сидящего за ним. Он наткнулся на них всякий раз, когда пытался передвигаться по кабинету. Были ли это негативные галлюцинации или некое иное психическое нарушение, осталось не совсем ясным.

Галлюцинации общего чувства — принятое психиатрами единое название для висцеральных, вестибулярных и моторных галлюцинаций. В настоящее время и в историях болезни, и в клинических анализах состояния больных этот вид переживаний описывается отдельно, и мы познакомились с этими расстройствами также отдельно по каждому виду.

Галлюцинации панорамные (при делириях и галлюцинации у слепых) - объемные и плоскостные зрительные галлюцинации с преобладанием пейзажей, панорамы местности.

Один наш больной много лет назад при инфекционном делирии рассказывал, что видит перед глазами панораму, напоминающую, по его мнению, Берендеево царство — болото, луг, опушку леса, по которому сновали фантастические животные. Вроде бы они были обычных размеров, но виделись им издали, особого страха он при этом не испытывал. Панорама местности была очень красивой, необычной и отличалась от онейроидных фантастических пейзажей тем, что виделась больным со стороны, как кино на экране зрительного зала. Женщина с ганзеровским синдромом и психогенными галлюцинациями, о которой мы рассказывали раньше, в составе своих видений рассказывала о чрезвычайно красивом ландшафте, на фоне которого крутился на карусели умерший ранее племянник.

Галлюцинации Пика описываются в разделе психосенсорных расстройств. Галлюцинации стабильные или статические (Кальбаума) — мало меняющиеся галлюцинаторные образы (как бы застывшие). Вспоминается только один случай, который можно квалифицировать как стабильную (статическую) галлюцинацию. Молодая девушка видела в течение целого дня в окне своей квартиры одно и то же застывшее лицо незнакомого мужчины.

Галлюцинации сценические - наличие множественных подвижных зрительных галлюцинаций, тематически (по содержанию) связанных между собой. Они бывают при алкогольных делириях, и тогда больной видит их со стороны, как бы из зрительного зала. Такие же, вернее внешне похожие, но совершенно иные по механизму, возникают при онейроидах, когда больной вокруг себя, находясь на сцене в гуще фантастических событий, видит множественные галлюцинаторные, а чаще псевдогаллюцинаторные образы, тематически связанные между собой сюжетом фантастического или грезоподобного действия.

Галлюцинации экстракампинные — зрительные галлюцинации с возникновением галлюцинаторных образов вне поля зрения (сзади, сбоку).

У одного нашего больного мы обнаруживали истинные аутоскопические экстракампинные галлюцинации. Больной видел самого себя (зеркально похожего на себя двойника), который находился сзади, иногда сдвигаясь вбок, но никогда не появляясь в поле зрения одного или обоих глаз.

Галлюцинации элементарные — бесформенные и беспредметные образы (пятна, искры, полосы — фотопсии; шум, треск, звон, свист — аоазмы). Представление об этих элементарных расстройствах восприятия, которые авторы прошлого столетия связывали с раздражением периферического отдела анализатора, мы можем составить, если вспомнить случаи, когда в детстве доставался нам в драке с мальчишками удар в область глаза, скуловой кости или уха. Тотчас в глазах мелькали световые пятна — то, что народ именует «искрами, посыпавшимися из глаз».

Галлюцинации синестетические (симптом Майера—Гросса). Галлюцинаторные переживания возникают сразу, одновременно в нескольких анализаторах. Больной видит передвигающихся людей и одновременно слышит их речь, видит растения, цветы, траву и ощущает их запах.

Экзальтированная пациентка с истерическим психозом видела двух своих поклонников, проникших через окна психиатрического отделения в палату, они признавались ей в любви, распевая под гитару лирические куплеты. В руках у обоих были пышные букеты алых роз, от которых «исходил безумно пьянящий запах любви».

Псевдогаллюцинации

Особая глава психопатологии. Прежде чем дать определение псевдогаллюцинаций и рассказать о них, приглашаю всех вместе поклониться памяти нашего выдающегося соотечественника — В.Х. Кандинского. Его монография «О псевдогаллюцинациях» вышла в свет в 1890 г., уже после трагической гибели автора. Человечество чтит ученых, открывших и испытавших на себе вирусы оспы и бактерии чумы. В.Х. Кандинский свершил своей жизнью не меньший подвиг. Будучи душевнобольным, пусть даже и благоприятно текущей приступообразной шизофренией, он нашел в себе силы не просто оставить человечеству непревзойденные до сих пор клинические описания собственных переживаний, но и дать им патогенетическую оценку, провести сравнение описанных феноменов с известными к тому времени «психическими галлюцинациями» Дж. Байарже, нарушениями восприятия, описанными французским живописцем П. Гогеном.

В своей книге он дал описание всех феноменов, вошедших позднее в синдром Кандинского—Клерамбо, дал замечательное объяснение природе некорректируемости бреда метаморфоза, описал речедвигательные автоматизмы, получившие позднее название синдрома Сегла. Поклонимся ему, и пусть лучшим проявлением памяти ему будет внимательное и тщательное изучение описанного им психопатологического феномена. Особо необходимо отметить, что почти все описанные В.Х. Кандинским примеры псевдогаллюцинаций являются одновременно идеальным воплощением в жизнь завета К. Ясперса шире пользоваться самоописаниями психически больных своих переживаний как наилучшего постижения субъективных расстройств психической деятельности, которые очень трудно познавать взглядом, умом и сознанием другого человека. Только вдумаясь, коллеги. В этом случае совершенно не нужно предпринимать дополнительных усилий психопатологу, не нужно эмпатии, транспонирования (перенесения), «вчувствования» в переживания больного, не нужно осуществлять феноменологическую редукцию. Истина постигается сознанием психопатолога непосредственно, изнутри больной души. Это тот редкий случай, когда «вещь сама по себе» дается сознанию психопатолога, когда самонаблюдаемый психопатологом феномен является непосредственным явлением самой сущности. При этом, если придерживаться К. Ясперса, содержание псевдогаллюцинаций, рассказанное больным, как и содержание бредовых идей, описываемых больными, можно в какой-то степени отнести к объективным проявлениям психически больной души, содержание этих переживаний можно изучать по рассказам больных. А вот то, как больной воспринимает, как чувствует, как переживает эти феномены, можно изучить только через вчувствование, транспонирование или эмпатию, либо путем прямого самонаблюдения за феноменами психически больной души, сознанием самого психически больного, в данном случае одновременно являющегося как бы по совместительству и врачом-психопатологом.

Итак, под псевдогаллюцинациями В.Х. Кандинский понимал «весьма живые и чувственные до крайности определенные субъективные восприятия, характеризующиеся всеми чертами, свойственными галлюцинациям, за исключением существенного для последних характера объективной действительности; только в силу отсутствия этого характера они не суть галлюцинации...они отличаются от обыкновенных, воспроизведенных

чувственных представлений некоторыми весьма характерными чертами (как то: рецептивное отношение к ним сознания; их независимость от воли, их навязчивость; высокая чувственная определенность и законченность псевдогаллюцинаторных образов; неизменный и непрерывный характер чувственного образа при этого рода субъективных явлениях» [31].

Псевдогаллюцинации по Кандинскому

В последние годы вышло немало руководств по общей психопатологии. В некоторых из них смазывается коренное отличие псевдогаллюцинаций от иных нарушений восприятия, в отличие от автора акценты расставляются иначе, и прежде всего обращается внимание на внутреннюю проекцию. На самом деле у В.Х. Кандинского - это только один из признаков, и не самый главный. Мы убеждены, что молодому врачу необходимо вчитаться в подлинник текста монографии В.Х. Кандинского, так как настоящая психопатология начинается с этой тоненькой книги. Итак, давайте вместе расставим акценты.

Во-первых, сам автор и мы вслед оцениваем как главный признак — отношение больного к псевдогаллюцинаторным образам как к чувственным образам, реально не существующим. Почему это важно? Отсюда проистекает степень социальной опасности данных психопатологических переживаний. Она ниже, чем у истинных галлюцинаций, какого бы содержания они ни были. Более того, в течение многих лет существования псевдогаллюцинаций больные привыкают к ним, сживаются с ними, учатся сосуществовать с этими сложными переживаниями.”

Во-вторых, автор выделяет как важнейший признак — высокую чувственную определенность и законченность псевдогаллюцинаторных образов, чем они и отличаются от так называемых «психических галлюцинаций Байарже: «Образ гусара в красной фуражке, синем мундире и малиновых штанах...видится внутренне...спонтанно является не перед телесными очами ...но перед очами духовными, именно перед внутренне зрящим субъектом ...воспринимается сознанием...сразу со всеми мельчайшими своими частностями...В этом живом и до мельчайших подробностей отчетливом чувственном образе ничто не может быть изменено произвольными усилиями воображения».

В начале двадцатого столетия К. Ясперс создавал новую психопатологию, в основу которой положил философию Э. Гуссерля. Он стремился получить аподиктическое (достоверное) знание о внутренних психических процессах человека, куда нет доступа постороннему сознанию. Одним из главных стремлений К. Ясперса было получить, по возможности, более цельное и законченное знание о том, что он именовал «объемлющим». Описанные В.Х. Кандинским феномены псевдогаллюцинаций, наблюдаемые психопатологом изнутри больной души, с учетом качества «законченности», которым характеризовались псевдогаллюцинации, и есть одно из лучших воплощений заветного желания К. Ясперса.

В-третьих, автором отмечается навязчивость (наильственность, сделанность). Данный признак, как отмечали многие последующие интерпретаторы В.Х. Кандинского, вводит псевдогаллюцинации в круг феноменов синдрома психического автоматизма. Но здесь необходимо сделать небольшую оговорку. Речь идет не только об оценке внешнего воздействия и сделанности кем-то данных переживаний, но и о непосредственно переживаемом больным чувстве чуждости, непринадлежности своему «я» этих псевдогаллюцинаций. В психиатрии известно несколько феноменов, при которых отмечается тотальная чуждость этих переживаний сознанию «я». К ним относятся, например, переживания человека в состоянии сумеречного помрачения сознания, тотальная амнезия которых также полностью отчуждает эти переживания от больного, он воспринимает и переживания, и собственные действия, как абсолютно чуждые.

В-четвертых, сам автор и мы вслед за ним выделяем интрапроекцию как один из признаков псевдогаллюцинаций. Больные видят внутренним зрением и слышат внутренним ухом. Необходимо помнить, что встречается много нарушений восприятий, имеющих интрапроекцию (в том числе и висцеральные галлюцинации, о которых мы ранее уже говорили). Именно поэтому кажется оправданным поместить этот признак только на четвертое место. Пришло время рассмотреть каждый из отдельных видов описанных В.Х. Кандинским псевдогаллюцинаций.

Вот пример зрительных псевдогаллюцинаций из книги В.Х. Кандинского:

«Долинин... одно время в течение нескольких дней подряд видел неотвязный псевдогаллюцинаторный образ: раскрытая на манер шкафа «Нюрнбергская красавица», в одной половине которой стоял он, Долинин, с искаженным от ужаса лицом и поднявшимися дыбом волосами». (Зрительная аутоскопическая псевдогаллюцинация.) Другой больной «видит ведьму со всеми ее атрибутами (три ружья, бутылка с динамитом, медная труба) лишь внутренне, но так ясно и отчетливо, что может со всеми подробностями рассказать, в каком положении она находилась в данную минуту, какое у нее выражение лица. Что это не настоящая галлюцинация зрения видно из того, что Максимов обыкновенно видит свою ведьму с очень больших расстояний и притом сквозь стены зданий. Больной ничуть не думает, что ведьма показывалась ему телесно, напротив, он прямо выражается, что видит ее «духом» своим» [31]. Уже значительно позже В.Х. Кандинского психиатр Ноишевский конкретизировал один из признаков псевдогаллюцинаций — псевдогаллюцинаторный образ не занимает места в реальном пространстве, и вследствие этого от него невозможно отвернуться.

Описывая псевдогаллюцинации зрения, В.Х. Кандинский приводит блестящий образец логики психически больного, которую нельзя обозначить «кривой логикой» или «паралогикой». Это пример того, что К. Ясперс позже описывает так: логика служит для построения бреда. В.Х. Кандинский описывает *delirium metamorphosis* (бред метаморфоза) во всей его сложности и комплексности, как единый «объемлющий» феномен, который невозможно разделить на составные части: вот бред, вот галлюцинации, а вот псевдогаллюцинации. Именно так мы пытаемся порой разложить единый статус больного, в силу чего он теряет свое неповторимое лицо, уникальность и приводит к диагностическим ошибкам.

«Такой больной может и не галлюцинировать зрением, и когда он осматривает, например, свои руки, то не видит на них волчьих когтей и шерсти. Но стоит лишь ему не смотреть на свои члены или закрыть глаза, как в помощь галлюцинациям осязания и общего чувства являются псевдогаллюцинации зрения, в которых конечности больного уже являются волчьими лапами. То обстоятельство, что ликантроп видит у себя вместо волчьих лап обыкновенные человеческие руки и ноги, никак не может служить противовесом против интуитивно получившегося и потому в своей непосредственной достоверности несокрушимого убеждения, что он превращен в волка. В этой области нет логики, или вернее сказать, существует совсем особая болезненная логика, болезненная, впрочем, только потому, что коренной посылкой здесь берется галлюцинация или непосредственное болезненное чувство. В нашем примере ликантроп может судить так: я превращен в волка, однако я вижу у себя человеческие руки и ноги; значит, мои волчьи лапы для меня невидимы, а видимые человеческие руки и ноги — обман зрения. В самом деле, невидимость шерсти на теле здесь ничего не значит перед фактом ощущения ее присутствия на теле, равно как и перед еще более важным фактом чувства своего «на волчий манер» измененного сознания» [31].

Вербальные, Речедвигательные псевдогаллюцинации.

Вербальные псевдогаллюцинации. В монографии В.Х. Кандинского есть замечательный пример дифференциальной диагностики вербальных истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций:

«...старик чулочник Фишер различал в своих субъективных слуховых восприятиях: а) «громчайший глас Божий», который «должен проникать в голову не иначе, как через ухо», и вообще «громчайший звук» (например, ободряющая фраза, отрывок песни), который всегда слышался больному так, как будто достигал до его уха из внешнего мира (галлюцинация слуха); б) «тишайший глас Божий, относительно которого другой сказал бы, что это просто мышление» (навязчивые мысли); в) кроме того, еще две разновидности Божьего гласа, причем в одной из них, самой частой, «голос» слышался так ясно и отчетливо, что можно было разобрать решительно каждый слог». Для двух последних разновидностей гласа Божия больной, по его словам, вовсе не нуждался во внешнем органе слуха: «если бы я был глух, как дубина, я бы и тогда слышал это», говаривал больной» [31].

Речедвигательные псевдогаллюцинации (позже названные именем Сегла). В своей монографии В.Х. Кандинский, как и в примере с вербальными псевдогаллюцинациями, проводит дифференциальную диагностику речедвигательных и псевдогаллюцинаций. Мы не встречали более нигде эту дифференциальную диагностику. Итак, сначала В.Х. Кандинский описывает то, что можно было бы назвать переходом речедвигательных галлюцинаций в псевдогаллюцинации. Уже есть насильственность, сделанность, но еще присутствует экстрапроекция.

«Долинин чувствует, что язык его начинает действовать не только помимо его воли, но даже наперекор ей, вслух и притом очень быстро, выбалтывает то, что никоим образом не должно было бы высказываться... разобрав смысл того, что начал болтать его язык, больной поразился еще большим ужасом, ибо оказалось, что он, Долинин, открыто признавался в тяжких государственных преступлениях, между прочим возводя на себя замыслы, которых он никогда не имел...уши Долинина слышали слова, действительно выговаривавшиеся его же языком, к этому объективному слуховому восприятию ничего не было прибавлено слуховой сферой субъективно».

Далее В.Х. Кандинский осуществляет своеобразный экскурс в историю и рассказывает о бесноватости (что в конце XIX в. в России называлось кликушеством).

«Непроизвольное говорение есть явление, весьма обыкновенное при истерии; оно составляет, между прочим, один из симптомов бесноватости. Известно, что во время демонопатических эпидемий XV—XVII веков больные независимо от своей воли и даже наперекор ей говорили голосом и языком, нимало не похожим на их обыкновенный голос и язык. Этого рода факты весьма способствовали утверждению всеобщего в те времена убеждения, что устами таких субъектов говорит вселившийся в последних дьявол». Уже после этих описаний он дает описание и свою трактовку иного явления: «Однако в большинстве случаев насильственной иннервации кортикального центра речи происходит говорение не действительное, но лишь внутреннее». «Когда больной находится в состоянии полусна и его воля перестает быть деятельной, эта насильственная речевая иннервация в самом деле приводит в действие мышечный голосовой аппарат. Больной приписывает это явление проделкам своих преследователей и называет этот прием «добыванием моего говорения» [31].

Вот это последнее и есть речедвигательная псевдогаллюцинация. Псевдогаллюцинаторные псевдореминисценции. «Какой-нибудь измышленный факт, т.е. какое-нибудь представление, созданное фантазией больного, мгновенно (в момент своего перехода за порог сознания) становится псевдогаллюцинацией, зрительной или слуховой, и эта псевдогаллюцинация ошибочно принимается сознанием больного за живое воспоминание действительного факта, совершившегося в далеком или недавнем прошлом. ...Оно может возникнуть или отдельно или же неожиданно в ряду обыкновенных действительных воспоминаний; в последнем случае обманый характер явления выражен всего резче, потому что такое мнимое воспоминание не может иметь для сознания такого же значения, как и действительные воспоминания.

Содержание псевдогаллюцинаторного представления здесь почти всегда бывает тенденциозным или аффектирующим, имеющим более или менее тесное соотношение с ложными идеями больного».

В качестве примера В.Х. Кандинский приводит рассказ больного Соломонова:

«До этой минуты больной считал себя таким же человеком, как и все люди, после нее он должен был признать себя лицом исключительным. Но тогда невозможно, рассудил больной, чтобы в его прежней жизни не нашлось никаких намеков на будущий таинственный второй период. В воспроизводившихся в памяти сценах и событиях сначала не оказывалось ничего необыкновенного...Но...вот ему припоминается., вот...вот...О боже, и как он только мог позабыть это! Ведь именно так, до мельчайших подробностей так было в действительности, как это теперь сразу ожило с такой необычной яркостью и странной неотступностью. В своем внутреннем видении Соломонов вдруг видит большую залу старого отцовского дома; он сам, тогда девятилетний мальчик, сидит за желтым ясеневым угловым столом, держа перед собой раскрытую большую книгу...Но как странна та книга, она напечатана какими-то особенными литерами и украшена разными символическими рисунками речь шла об антихристе, о том, что на нем с детства должна лежать «печать», заключающаяся в трех знаках (помимо описания в тексте, эти знаки — скошенный глаз, оконечность копья, лучистая звезда — были изображены в книге каждый в отдельности в виде рисунков, и эти псевдовспомненные рисунки с особенной живостью видны теперь больному в его внутреннем зрении)...»

Комплексные псевдогаллюцинации

К тексту замечательной книги В.Х. Кандинского мы еще вернемся не раз, а сейчас мы приведем один пример очень сложной, комплексной псевдогаллюцинации, о которой поведала много лет назад одна пациентка.

Молодая женщина, заболевшая на третьем курсе медицинского института, так его и не закончившая, трижды сдавала экзамен по биологии. Упоминаем об этом, так как имеется некая внешняя связь между данным событием и ее переживаниями. Преподаватель, дважды не принимавший у нее экзамен, был достаточно пожилым человеком, ученым-педантом, требовавшим от студентов безукоризненных знаний паразитологии. В третий раз сдачи этого злополучного экзамена ей попался вопрос о солитерах, каковой она блестяще рассказала и получила положительную оценку. Через пару лет у нее началось душевное заболевание, а еще через несколько лет, на фоне бреда физического и психического воздействия, проще сказать, синдрома Кандинского—Клерамбо, она постоянно испытывала зрительные, вербальные и висцеральные псевдогаллюцинации. Она видела внутри своего тела «внутренним глазом» длинного червя-солитера из двух сотен члеников, белого цвета, передвигающегося по сосудам ее тела. На головке этого солитера имелся миниатюрный радиопередатчик, который умел считывать ее мысли, сам передавал, «вкладывал» ей в мозг чужие мысли, осуществлял телепортацию и телепатию, воздействовал на ее ощущения и чувства, заставлял вспоминать чувства девичьего периода, переживать заново страх знакомства с патолого-анатомической лабораторией и совершать однообразные движения правой рукой, имитирующие движения руки со скальпелем, разрезающим задубевшую в формалине мертвую кожу. Однажды лечащий врач предложил ей вспомнить, как начинался период активного психоза — как впервые появилось ощущение и видение солитера. Вечером того же дня больная, сидя на своей постели, вспоминала период в пять последних лет и своим внутренним ухом услышала голос радиопередатчика («неживой, как голос робота»). Этот «голос-мысль» сообщил ей, что она сейчас вспомнит случай, происшедший три года назад. Сразу же после этих слов своим «внутренним глазом» она увидела необычный экран, похожий на иллюминатор корабля, на котором имеющийся в ней солитер показал ей очень яркое, четкое изображение ее самое и преподавателя биологии. Оба были обнажены, совершали какие-то необычные червеобразные движения. В этот момент она поняла, что вспомнила самое начало своей болезни и тут же увидела, как из полового члена пожилого преподавателя выстрелила струя белой жидкости, тут же превратившаяся в солитера, головка которого была поразительно похожа на лицо преподавателя биологии. Через несколько секунд этого «чудесного воспоминания» больная «внутренним глазом» увидела солитера, заползающего ей во влагалище, услышала внутри своей головы роботообразный голос: «Свершилось». Затем солитер стал переползать из влагалища через нижнюю полую вену в сосудистую систему больной и вскоре слился с тем солитером, который она видела и ощущала в себе многие месяцы. Затем началась постепенная парафренизация бредовых высказываний. Больная стала утверждать, что только сейчас, после показанного ей ее же воспоминания, она наконец-то поняла, что встреча в институте с преподавателем биологии была отнюдь не случайной. Это был «спаситель», который специально приближал ее к себе, поэтому специально «заваливал» ее на экзаменах, чтобы она ближе сошлась с ним. Увиденное «внутренним глазом» воспоминание раскрыло ей истинный смысл существования внутри нее необычного глиста-солитера. Только сейчас она окончательно поняла, что через интимное внедрение внутрь ее организма в нее проник «спаситель» и сделал ее проводником «всемирной воли и благости» для всего человечества. С этого момента вместо страха и тревоги она испытывает необыкновенный душевный подъем и «вселенскую радость».

В этом переживании больной мы можем различить зрительные, вербальные, висцеральные псевдогаллюцинации, псевдогаллюцинаторную псевдореминисценцию, сопровождающиеся бредом физического и психического воздействия, идеаторными, сенсорными и кинестетическими автоматизмами. Рассказ больной выявляет ретроспективное бредообразование, очень характерное для шизофрении, и парафренизацию бреда — появление в бреде элементов величия, могущества и особого предназначения. Необходимо еще раз подчеркнуть, что как в самой монографии В.Х. Кандинского, так и на нашем примере показана принципиальная невозможность ранжирования сложного психопатологического феномена, каковым является в принципе любое переживание больного человека, на отдельные, строго очерченные составные части. Как правило, не бывает в клинике заболевания отдельно псевдогаллюцинаций, или отдельно иллюзий, как редко бывает отдельно бред. В реальной жизни врач-психиатр встречается с совокупностью различных психических расстройств, и умение увидеть многоцветие симптомов и синдромов и есть главная трудность психопатологии.

Психосенсорные расстройства. Галлюцинозы

К психосенсорным расстройствам относятся особые нарушения восприятия, при которых изменяется восприятие величины, формы отдельных предметов окружающего мира, их отдельных частей, изменение восприятия тела самого больного или частей тела.

Метаморфопсии — искажение восприятия величины предметов: восприятие окружающих предметов в увеличенном, иногда гигантском виде — макропсии — и уменьшенном, микроскопическом виде, — микропсии. Представить себе эти переживания в виде иллюзий сложнее. Это именно реальные предметы, существующие рядом с больным, но воспринимаемые уменьшенными или увеличенными в размерах.

Больная, страдающая ревматическим воспалением сосудов головного мозга, «видела автомобили», движущиеся по улице, на которой жила, величиной с божью коровку, а дома, стоящие на той же улице, величиной со спичечный коробок. При этом она ясно понимала, что такого быть не может, но испытывала чувство сильного удивления и тревоги при этих явлениях.

Порропсии — изменение восприятия всего окружающего пространства, при котором предметы воспринимаются либо значительно удаленными, либо чрезмерно приближенными к больному. Как большинство психосенсорных нарушений, порропсии встречаются при невротических состояниях, органических заболеваниях головного мозга, являются частой принадлежностью деперсонализационно- дереализационных расстройств. Опишем в качестве примера собственные ощущения и переживания, которые автор испытал в детстве, по всей вероятности, в периоде астении после перенесенной ангины. В них сочетаются явления микро- и порропсий.

9-летний мальчик сидел на уроке в четвертом классе в первый день после перенесенной довольно тяжелой ангины. Учительница объясняла новый материал, в классе было тихо, все смотрели на нее. И вот он видит, что лицо учительницы постепенно отдаляется и становится все меньше и меньше, затем в течение нескольких минут она стала очень маленькой и сильно удаленной. При этом в ушах чуть-чуть звенело, и голос доносился как бы издали. Эти явления прекратились немедленно, как только раздался резкий звук отодвигаемого стула, учительница перестала говорить и села за стол.

К этой же группе психосенсорных расстройств, по нашему мнению, необходимо отнести и так называемые иллюзии Пика — такие иллюзии, при которых стены помещения кажутся больному искаженными, скошенными, искривленными, неправильно расположенными. При этом окружающие больного люди могут свободно проходить и перемещаться сквозь стены.

Дисмегалопсии — искажение восприятия окружающих предметов, они кажутся закрученными вокруг своей оси, перегнутыми, искривленными.

Средних лет мужчина рассказывал, что боялся ступить на переходный мост (мост через многочисленные железнодорожные пути на станции), так как он воспринимался им сломанным посередине, две половины моста находились под углом в 120° друг к другу. Ему казалось, что, дойдя до места слома, он может скатиться по второй половине моста и упасть. У другой нашей больной с постгриппозным арахноидитом после ночной смены появилось нарушение восприятия большой заводской трубы, мимо которой она каждый день шла на работу или домой. Труба изогнулась спиралью и, согнувшись, раскачивалась. Больной казалось, что труба вот-вот упадет на землю и раздавит ее и других людей. Умом она понимала, что такого не может быть, но испытывала очень сильный страх, который заставлял ее бежать бегом до ближайшей трамвайной остановки.

Аутометаморфопсии — расстройства схемы тела, по определению некоторых авторов, — изменение и искажение различных частей собственного тела, их соотношения, изменение восприятия всего тела (увеличение, уменьшение, искажение).

У больной с брюшнотифозным энцефалитом изменялись в размерах и соотношении зубы и язык, зубы становились настолько большими, что не вмещались в рот, язык уродливо разрастался, и она ощущала, что языком может облизывать собственные пятки, не сгибаясь, лежа на спине. У нее же отмечались иные психосенсорные нарушения — она видела, как потолок и пол сближаются и вот-вот раздавят ее (возможно, это ближе всего к иллюзиям Пика).

Больной с опухолью теменно-височной области ощущал уродливо измененные гениталии, они настолько увеличивались в размерах, что он ощущал себя маленьким придатком, бородавкой на огромном половом члене, величиной с телеграфный столб. Семенники величиной с огромные бетонные шары, каковые много лет назад

стояли возле входа в школу, раскачивались возле своеобразного «телеграфного столба», готовые раздавить бородавочных размеров все остальное его тело.

Ученица пятого класса музыкальной школы, получавшая лечение у психотерапевта по поводу «заигранности рук» (вариант профессионального невроза музыкантов), некоторое время, кроме болевых ощущений в предплечьях, ощущала пальцы рук невероятно большими, запутывающимися, как косички, мешающими играть музыкальные произведения.

Психосенсорные расстройства. Галлюцинозы. Завершение темы

Чтобы завершить «галлюцинаторную тему», нам необходимо изучить еще три синдромально описываемых психических расстройства. Напомним, что галлюцинация — это симптом, это отдельное психическое расстройство. Существует в общей психопатологии понятие галлюциноза, которое нам нужно понимать как более сложное образование, как синдром, которым может исчерпываться весь психический статус больного.

Итак, галлюциноз Шарля Бонне, который некоторые авторы именуют оптическим рецепторным галлюцинозом, — это состояние, при котором обычно пожилые или старые люди с каким-то заболеванием или повреждением глаз (катаракта, глаукома, травма хрусталика) видят геометрические фигуры, фигуры животных или людей, иногда плоские, иногда объемные. Интенсивность этих видений слабеет или исчезает вовсе при напряжении внимания. Эти фигуры видятся больным недалеко от глаз, чаще сбоку, накладываются на реальные предметы. При этом больные обнаруживают ясность сознания, наличие ориентировки всех видов и сохранность критического отношения к этим переживаниям.

Пожилая женщина, страдающая глаукомой, с резким снижением остроты зрения, видела на двери своего платяного шкафа, стоящего на расстоянии полуметра от ее кровати, фигурки оловянных солдатиков, шагающих по двери шкафа. Это было похоже на картинки, показываемые через детский фильмоскоп. Женщина была в сознании, но странным ей казались не сами по себе картинки оловянных солдатиков, а способ передвижения, не горизонтальный, как положено при ходьбе, а вертикальный, как при подъеме на лифте.

Галлюциноз Лермитта (1922), именуемый в литературе мезенцефалическим педункулярным галлюцинозом. При этом психическом расстройстве у больных в вечернее или ночное время возникают очень красочные, подвижные микроскопические видения (обычно животные — змеи, птицы, мелкие животные). Больной видит их невдалеке, на расстоянии от 30-40 см до 1-2 м. Эти видения не связываются с объективно существующими предметами. Критика или сохранная, или нерезко сниженная. Появление галлюциноза связано с локальным поражением мозговых структур четвертого желудочка и ножек мозга. Отмечаются одновременно неврологические симптомы поражения покрывки и основания среднего мозга.

Галлюциноз Плаута - вербальный слуховой галлюциноз (описал Ф. Плаут в 1913 г.). Это психическое нарушение патогномично для сифилиса головного мозга. Самое лучшее описание в отечественной литературе галлюциноза Плаута мы нашли в старом учебнике В.А. Гиляровского. Приведем его полностью.

«В отличие от делириев типично непомятое сознание. Галлюцинации чаще всего носят характер голосов с неприятным содержанием: больной слышит угрозы, брань в свой адрес, ему нашептывают самые отвратительные «вещи», произносят в его адрес самые неприличные ругательства, издеваются над ним, осуждают все его действия, извращают самым возмутительным образом все его поступки, мысли. Отношение к галлюцинациям в общем критическое, именно как к болезненным проявлениям, но иногда больной теряет равновесие и начинает думать о возможности существования каких-то злонамеренных лиц или даже целой шайки каких-то преступников. В случае сифилитического галлюциноза возможны симптомы сифилиса мозга вообще, именно головные боли, намеки на очаговые симптомы, разница в зрачках, положительные данные исследования крови и спинномозговой жидкости» [16].

Нарушения восприятия пространства и времени

В конце шестидесятих годов прошлого века, когда студенты и интерны изучали психиатрию, такого раздела, что называется, они «не проходили». Многим отечественным психиатрам основательно пришлось познакомиться с феноменами, касающимися патологии восприятия времени и пространства, уже после 1997 г., т.е. после выхода в свет «Общей психопатологии» К. Ясперса на русском языке. Вообще же категории времени и пространства — одни из основных в построении любой философской системы, в разговоре о мире и своем месте в нем. И. Кант считал, что взгляд на время и пространство как на самобытные реальности вне нас является наивным и принадлежит к области баснословия. Великий Кант доказал, что самый элементарный опыт человека мыслим только при различении моментов и мест, т.е. предполагает время и пространство, которые, таким образом, являются условиями всякого опыта и потому не могут быть продуктами никакого опыта, они являются априорно существующими понятиями, категориями, присущими изначально нашему уму и формирующими координату чувственных данных [33]. Переходя от Канта к Ясперсу, мы узнаем, что и пространство, и время представляют «разъединенное бытие сущего: пространство — это бытие «друг с другом», тогда как время — бытие «друг после друга». Далее Ясперс пишет, что все мы «осуществляем свою судьбу в пространстве и времени так, что обе эти категории обретают для нас свою сущность в рамках всеобъемлющего настоящего; и все же, как пространство, так и время представляют собой лишь внешний покров событий, все значение которого истекает из нашей осознанной позиции по отношению к этим категориям».

Ясперс в этих словах в несколько иной форме продолжает философский разговор о трансцендентальном факте сознания, данности мира нам через сознание и не иначе. Он говорит, что хотя категории и пространства, и времени априорно присущи сознанию, отражают объективно существующие формы существования предметов и явлений мира, каждый из нас преломляет суть и значение этих категорий через свое собственное личное сознание, чем и объясняется возможность и даже обязательность возникновения патологических изменений восприятия и пространства, и времени. Ясперс утверждает, что каждый из нас переживает пространство «во-первых, с точки зрения субъективной ориентации — т.е. центра своего тела в таких понятиях, как правое — левое, верхнее — нижнее, дальнее — ближнее». Во-вторых, он предлагает различать объективное трехмерное пространство - оно всегда с нами, в качестве пространства непосредственной ориентации. В-третьих, существует пространство в теоретическом смысле, включая неевклидово пространство математики (Б. Римана, Н.И. Лобачевского — как четырехмерное пространство). При изучении времени также будем различать переживаемое время — субъективно ощущаемое моим сознанием течение времени, объективное время - которое измеряется часовыми механизмами и не всегда совпадает с нашим «личным временем». Имеется хронологическое время — время истории, в том числе и человеческой истории, истории космоса, вселенной и время как конкретность и историчность человеческого существования.

К патологическим изменениям восприятия пространства Ясперс относит то, что позже стало именоваться психосенсорными нарушениями, и, что мы уже знаем, — микро- и макропсии. Затем он выделяет нарушение переживания бесконечного пространства. Он приводит пример: «Больной шизофренией сообщает: «Я все еще видел комнату. Пространство казалось вытянутым и уходящим в бесконечность, совершенно пустым. Я чувствовал себя потерянным, заброшенным в бесконечном пространстве». К. Ясперс и О. Бинсвангер говорят об эмоционально окрашенном пространстве: «Пространство может быть как бы одушевленно — подобно тому, как может существовать угрожающая или благоприятствующая действительность». Больной говорит: «...Я вижу под бледно-голубым вечерним небом второе, черное небо, внушающее ужас своим величием...» [79].

Осознание течения времени в данный момент К. Ясперс разделяет на несколько отдельных видов переживаний. При этом он начинает разговор о течении времени с переживаний психически здоровых людей, которые свойственны всем нам. На самом деле каждый из нас в минуты вдохновения, интересного занятия, чтения захватывающего романа, замечательного путешествия субъективно чувствовал, что время течет быстро, проносится подчас молниеносно. И наоборот, в минуты тягостного ожидания либо переживания драматического, горестного события мы испытываем ощущение замедления течения времени. Вспомним, как томительно тянутся минуты и часы в зале ожидания аэропорта при задержке рейса по погодным условиям. А вот в памяти возникло воспоминание о юности, о первых свиданиях с любимым молодым человеком. Как быстро пролетели минуты и часы. Как много вы не успели сказать друг другу. Что из того, что и в первом, и во втором случае стрелки часов двигались с одинаковой скоростью. Скорость движения ваших собственных душевных переживаний была

различной, и именно эта скорость является для вас значимой, именно она остается в памяти о прожитой жизни, а не движение стрелок часов. Быстро пролетает короткое северное лето, томительно долго тянется зима, хотя Земля вращается вокруг своей оси и солнца с одинаковой скоростью. Но внутри нашего сердца установлены не хронометры и песочные часы, а личное, субъективно ощущаемое время, время надежд, потерь, любви или горя. Мы так подробно рассказываем об этом не только потому, что раньше это не было предметом изучения в отечественной общей психопатологии, но еще и потому, что переживание скорости течения времени есть, кроме всего прочего, показатель общего эмоционального состояния человека.

Ускорение или замедление хода времени. Утраченное осознание времени и другие

Ускорение или замедление хода времени. Ясперс приводит случай, когда при мескалиновом отравлении больной испытывает ощущение, что непосредственное будущее хаотически рвется вперед. При обходах депрессивных больных в течение многих лет мы слышали от них жалобы на медленное, крайне медленное и почти остановившееся время.

Утраченное осознание времени. Ясперс пишет, что пока в человеке сохраняется хотя бы минимум сознания, ощущение времени не может быть утрачено полностью, оно может быть сведено к минимуму. Утрата активности сопровождается потерей осознания хода времени. Как поясняет Берингер, это жизнь, сосредоточенная в данном мгновении, без прошлого и будущего.

Утрата реальности переживания времени. С исчезновением чувства времени исчезает настоящее, а вместе с ним и действительность. Больные психастенией или депрессией описывают свои переживания: «Кажется, что одно и то же мгновение установилось навечно; это похоже на вневременную пустоту». Другая больная с депрессией говорит: «Мне кажется, что январь и февраль минули как какой-то «кусочек» пустоты, совершенного Ничто; мне не верится, что они вообще были».

Переживание остановившегося времени. Вспомните, у Гёте Фауст восклицает во второй части, перед тем как окончательно отдать душу Мефистофелю (дьяволу): «Мгновение! О как прекрасно ты, повремени!» Больная в примере К. Ясперса говорит: «Я внезапно ощутила нечто странное: мои руки и ноги словно разбухли. Голову пронзила страшная боль, и время остановилось. ...Потом время вновь потекло, как обычно, но остановившееся время продолжало стоять как ворота».

Осознание только что завершившегося промежутка времени. Речь, наверное, идет не о совсем обычных переживаниях только что закончившегося временного промежутка. «Известны сообщения о потрясающем богатстве переживаний, сконцентрированном в считанных секундах, — например, в момент аварии или во сне. Больные психастенией и шизофренией сообщают об экстатических переживаниях, длящихся на самом деле считанные минуты, но оставляющих впечатление вечных. В эпилептической ауре секунда переживается как бесконечность или вечность» (Ф.М. Достоевский).

Осознание настоящего в соотношении с прошлым и будущим. «Уже виденное» (*deja vu*), «никогда не виденное» (*jamais vu*). Ясперс относит эти психические расстройства именно к нарушениям восприятия времени. Вот пример широко известного переживания. Человек, впервые попавший в какое-либо место пространства, ситуацию, здание, помещение, вдруг испытывает ощущение, что все переживаемое сейчас он уже видел, испытывал когда-то в прошлом. Соответственно обратное состояние - все, что уже объективно должно быть знакомо человеку, предстает перед ним как бы впервые, незнакомо, непонятно, ново.

Прерывность времени. Ясперс описывает случай, когда больной шизофренией сообщал, что он упал с неба между двумя соседними моментами времени, что время кажется ему пустым, что ощущение времени утрачено.

Сжатие прошлого. Одному больному, которого лечил Боуман, казалось, что прошедшие 29 лет жизни длились на самом деле четыре года.

Осознание будущего. Больные с депрессиями нередко говорят, что у них нет будущего, что они испытывают опустошенность: «Мне кажется, что все вот-вот остановится и завтра уже ничего не будет», — так описывал переживания больной К. Ясперс.

Шизофреническое переживание остановившегося времени, времени, «втекающего» в другое время, и обрушившегося времени:

«Я испытывал страшное предчувствие, что меня могут затащить в прошлое... Игра со временем была такой жуткой...Казалось, что забрезжило какое-то чуждое время»....

«Настоящего больше нет, есть только ссылки на прошлое. Будущее уменьшается в размерах, сморщивается; прошлое так назойливо, оно окутывает меня, оно тянет меня назад».... «Иногда, когда они бегают взад и вперед по саду и ветер сдувает листья, я тоже хочу побежать, чтобы время вновь двинулось вперед, но останавливаюсь, как вкопанная... Время стоит... Человек трепещет между прошлым и будущим...Это мучительное, тоскливое, бесконечное время».

У Сальвадора Дали есть две знаменитых картины: «Постоянство памяти» и «Распад постоянства памяти», на которых изображены так называемые «мягкие часы» (так их окрестили критики). В них один из самых ярких, талантливых и необычных художников визуально изобразил изменение восприятия времени и пространства в виде мягко изгибающихся часов и распадающееся на отдельные фрагменты пространство.

Мы закончили рассказывать о нарушениях восприятия времени, которые описал К. Ясперс. В последние годы нам с коллегами удалось увидеть в собственной практике два феномена нарушения восприятия времени.

Пять лет назад, наблюдая больную с истерическим помрачением сознания (ганзеровским синдромом), мы обнаружили у нее необычный феномен — сдвиг ситуации в прошлое. Она, будучи в состоянии истерически суженного сознания, ощущала себя девушкой 17 лет (т.е. время в ее сознании сдвинулось на 20 лет назад). Она видела, как отъезжает на мотоцикле ее первый возлюбленный с другой девушкой, оставляя ее одну на выпускном вечере в школе. Как потом выяснилось, это было самым сильным потрясением юности.

В 4-м номере НПЖ за 2003 г. опубликована статья автора, в которой описывается клинический случай, который был назван «феномен инобытия». В ней, в числе прочих переживаний молодого человека, описывается им самим феномен иного (иногого) времени.

Молодой человек время воспринимал иначе и говорил нам, врачам: «Вы не поймете меня. У вас в мае 31 день, а у меня 32, вы считаете, что я прожил столько-то лет, а я чувствую, что прожил иное количество лет и мой возраст сейчас иной.

Вот отрывок из той статьи:

«Говорит, что время и возраст - понятия разные для него и врачей. При этом спрашивает, сколько лет сидящей девушке. Усмехнувшись, что ей может быть и пятьдесят, тут же говорит, что это не имеет значения, так как время для этой девушки и в его мире течет по-разному. Заявляет, что его старшему сыну может быть четырнадцать лет, а может быть и двадцать восемь. Спрашивает у сидящего врача: «У вас двенадцать месяцев, вы согласны с тем, что есть еще тринадцатый?» При отрицательном ответе еще раз констатирует, что время в его мире и мире врачей течет по-разному».

Ну что ж, нам осталось расставить акценты, каким же образом воспринимаются и оцениваются сознанием врача-психиатра (психопатолога по Ясперсу) те нарушения, которые испытывают больные. Все они являются субъективными нарушениями психической жизни человека, т.е. врач-психопатолог лишен возможности непосредственного познания этих нарушений своими органами чувств и своим собственным «Я». В то же время у некоторых из этих расстройств, с точки зрения феноменологии Ясперса, могут быть и объективные проявления. Так, например, при галлюцинировании пациент может затыкать руки ушами, защищаясь от «плохих голосов», прищуривать глаза, наморщивать лоб, отворачиваться от страшных видений, затыкать нос, испытывая неприятные запахи. Все это будут объективные, регистрируемые органами чувств и сознанием врача-психиатра непосредственно проявления больной душевной жизни наших пациентов. Значит, сделаем вывод: частично мы сможем опознать феномены по объективно обнаруживаемым признакам, когда это касается галлюцинаций или иллюзий. Но в большей своей части мы будем судить о характере переживаний по рассказу самих больных, изложенному либо устно, в ответах на вопросы врача, либо письменно, как, например, это осуществил В.Х. Кандинский. Из ответов больных и описаний мы сможем судить в основном о содержании галлюцинаций, иллюзий и иных нарушений восприятия. Подавляющая часть больных ничего не сможет нам рассказать о том, как эти переживания воспринимаются больными, как они чувствуются. Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо обладать определенной культурой и знанием, что и явил нам наш замечательный соотечественник.

Но некоторые из описанных в первой беседе переживаний вообще не имеют никаких объективно регистрируемых проявлений — например, переживания, связанные с иным восприятием времени или пространства. Как почувствовать, что испытывает пациент, ощущая изменение течения времени? Часть описанных феноменов в элементарном виде испытываем мы все, и в пределах этих переживаний мы можем в какой-то степени транспонировать (переносить) переживания пациента в свой собственный душевный мир. Так, довольно легко мы можем вчувствоваться в переживания или транспонировать ускорение или замедление течения времени, испытываемые больными при депрессиях или гипоманиях, пытаюсь восстановить в памяти свои собственные ощущения, частично уже пережитые нами в различных жизненных ситуациях радости или беды. С таких маленьких упражнений и начинается освоение практики феноменологической культуры врача-психиатра.

Расстройства мышления. Бред

Расстройства мышления, бред, несомненно, самая сложная часть общей психопатологии. Автор постарается вместе с представлением психопатологических понятий и знаний ознакомить молодых врачей с необходимыми, но непростыми понятиями философского обоснования теории познания. А чтобы это не казалось странным, осмелюсь напомнить, что не только К. Ясперс был доктором и профессором философии одновременно с такими же званиями в психиатрии. В дореволюционное время и по инерции, вплоть до сороковых годов, до начала войны, очень многие русские и советские ученые-психиатры не только фундаментально обучались философии, но и занимались научными изысканиями в этой самой первой отрасли человеческого знания. В советское время Ясперса объявляли «фашиствующим от философии», а все сложнейшие феномены человеческого сознания и мышления объясняли пресловутой теорией отражения. Несколько раз в ходе этой беседы мы будем возвращаться к понятиям «проблематического» и аподиктического (несомненного) знания, ибо подмена одного другим является сутью бреда. Мы попытаемся понять, как и из чего появляется мысль, хотя бы на том уровне упрощения, который позволит подобраться к патологии мышления и речи.

Итак, чувственное восприятие — хотя важнейшая, но только первая ступень познания. Вторая ступень — воображение, а третья, исходя из феноменологии Э. Гуссерля, — умозрение (или интеллектуальная интуиция). Представьте себе, что вы выходите из дома ранним зимним утром. Вы видите переливающийся на солнце снег, голубое небо, оголенные деревья. И это первая ступень познания мира в это утро. В нашем воображении и памяти всплывает строчка: «Мороз и солнце - день чудесный!» Вместе с этой строчкой всплывают в памяти и воображении мгновенные образы зимы. И это — вторая ступень познания. Наконец, на большом табло возле бензоколонки вместе с ценами на бензин мы видим **большие** цифры температуры воздуха: «-22 °С». И мы тут же понимаем, еще не успев ощутить рецепторами кожи, что на дворе мороз, холодно. И вот этот интеллектуальный вывод, основанный на полученной собственным мозгом отвлеченной цифровой информации, и есть третья, умозрительная ступень познания. Конечно же, в реальной жизни все эти три ступени познания, как правило, сливаются воедино, происходят чаще всего одновременно.

Второй момент, если так можно выразиться, философского вступления к данной теме будет касаться степени достоверности истины или знания, получаемого человеком. Не будем подробно развивать эту тему, согласимся с философами, что большая часть добытых наукой знаний является не до конца достоверными, а потому не могут быть абсолютной истиной. В феноменологии они называются проблематичными, добытыми при естественной установке (в ходе изучения, в том числе естественными науками). Какая же истина может быть полностью достоверной или аподиктической? Развивая Р. Декарта, Э. Гуссерль утверждает, что таковой может быть только мое собственное трансцендентальное *cogito sum* («я мыслю») в ситуации не естественной, а особой, трансцендентальной установки. Все остальное должно быть выведено за скобки как проблематичное в своем существовании [23]. Как это ни странно, но большая часть знаний, полученных нами в школе, институте и т.д., являются проблематичными, т.е. такими, которые могут быть подвергнуты сомнению. Но это вовсе не означает, что они не соответствуют действительности, что ими нельзя пользоваться. Можно, но они — проблематичны, всегда существует возможность (а иногда и необходимость) сомневаться. Это очень важное положение необходимо иметь в виду, когда мы хотим понять суть патологических идей, при которых проблематичность истины подменяется аподиктичностью, абсолютизацией истины.

Расстройства мышления. Бред (Анализ, Сравнение, Абстрагирование)

Осваивая материал этой главы, мы встретимся с множеством терминов и понятий, осознание сути которых происходит постепенно, подчас всю жизнь. Итак, познание окружающего мира и самого себя начинается с ощущения и восприятия. Напомним, что в ощущении нам даются отдельные элементарные проявления предметов и явлений окружающего мира. Восприятие — это уже целостный процесс, в котором предметы и явления даются не отдельными кусочками, а объемными, целостными феноменами. Затем, при осознании мира, мы вступаем на «тропу» мышления, которое начинается с представлений. Представление — это как бы мостик от воспоминаний различных феноменов восприятия к непосредственно мышлению и оперированию понятиями. Мыслить — это оперировать понятиями. Но что такое понятие? Лучшие умы человечества бились два с половиной тысячелетия над этим вопросом. И. Кант был одним из первых, который попытался разгадать суть процесса образования понятий. Эмпирики, т.е. те философы, которые отдавали приоритет в познании опыту, настаивали на индукции, опытным образовании каких-либо всеобщих признаков и принципов. Но как при помощи индукции или абстрагирования общих признаков многих предметов и явлений объяснить изобретение и создание чего-то нового, никогда ранее не существовавшего? Изучая и абстрагируя общие признаки движущихся живых тел, конструктор выходит на изобретение колеса или передвигающихся «лап» шагающего экскаватора. Изучая опыт существования, развития и исчезновения многих этносов и народов, Лев Гумилев выходит на создание совершенно новых понятий и новой теории — пассионарности. Как возникают в его голове, в умах сотен иных безвестных гениев человечества новые понятия? Вся философия до Канта рассматривала ум человека как некое пассивноеместилище, сундук, где копят идеи и куда они поступают либо опытным путем, либо от бога, сверхъестественным образом. Кант решительно порывает с традицией и обнаруживает в человеческом интеллекте заранее возведенную конструкцию — категории, но при этом они — еще не само научное знание, а только его возможность. Такую возможность дают и опытные данные. Они, как кубики или кирпичики, которые рассудок укладывает на полочки конструкции категорий. Что необходимо, чтобы из строительного материала построить дом? Нужен строитель, и Кант находит ему имя — называя строителя продуктивным воображением. Кант утверждает, что рассудок, используя продуктивное воображение, сам спонтанно, стихийно создает понятия.

Итак, понятие — это мысль человека, которая обобщает объекты некоторого множества и выделяет это множество по какому-то отличительному для него признаку. Мы, обнаружив в своем кабинете стол, стулья, книжный шкаф, диван и кресло, размышляем о том, что все эти предметы составляют нечто единое, и общим признаком всех этих предметов является их предназначение — служить человеку в условиях домашнего или служебного помещения в качестве предметов обихода, облегчающих домашнее или служебное существование. И мы называем их всех одним понятием, одним словом — мебель. Слушая анекдоты про чукчей, просматривая фильмы про северо-восточную часть нашей страны, в которых показывается быт представителей этой народности, морские животные, обитающие в прибрежных водах Чукотки, хилые растения побережья Охотского моря, мы можем одним словом, одним понятием обозначить и людей, живущих там, и животных, и растения — аборигенами, т.е. коренными обитателями (люди, животные, растения) данной местности, данного кусочка Земли. Мышление происходит с помощью особых операций — анализа, синтеза, абстрагирования, сравнения и т.д. Рассмотрим наиболее важные.

Анализ — разложение объекта на отдельные признаки и свойства. Изучая человека в курсе анатомии, мы производим расчленение и разложение этого объекта изучения на множество отдельных признаков. Мы изучаем отдельно его внутренние органы, нервную систему, скелет, мышцы и т.д. Соответственно основным разделам этого анализа студенты сдают зачеты по анатомии человека. Зачем мы это делаем? Для того, чтобы процесс изучения стал возможным. Нельзя постигать все сразу и во всем многообразии или, как писал К. Ясперс, в качестве «объемлющего». Мы берем в руки височную кость человека и только внутри нее находим десятки каналов, отверстий, бугорков и щелей. Таким образом, в течение полутора лет мы анализируем объект изучения — человека, сквозь призму поэтапного детального расчленения. Обратный процесс именуется синтезом — соединением всех общих признаков в единый признак, который выделяет изучаемое множество из всех остальных. Изучая отдельные клетки мозга, их отростки - аксоны и дендриты, нервное волокно, проводящие пути, ядра, скопления нервных клеток в подкорковых образованиях мозга, мы выделяем общий признак для всех этих объектов — способность воспринимать, хранить и передавать особое электрическое возбуждение (нервное

возбуждение), что и объединяет эти объекты в единое множество, отличное от всех остальных объектов — нервную систему.

Сравнение — это сопоставление отдельных слагаемых какого-либо множества и выделение общих и различных признаков в сравниваемых, сопоставляемых предметах, объектах. Мы предлагаем ребенку сравнить солнце и луну, общий признак которых - принадлежность к небесным телам. Но отличием является то, что солнце — светило греющее, а луна — только светящееся небесное тело.

Абстрагирование — отвлечение признаков от предмета изучения и превращение их в объект самостоятельного изучения. Все стоящие в моем кабинете предметы, являющиеся мебелью, сделаны из одного и того же материала. Когда мы выделим только этот признак — материал, из которого созданы стулья, столы, шкафы, и начнем его изучать отдельно, а затем скажем, что материалом является дерево - это и будет абстрагирование.

Все сидящие в моем кабинете врачи-женщины отличаются друг от друга: одеждой, возрастом, привлекательностью, степенью кокетства и т.д. Но, если мы выделим из бесконечных признаков этих объектов один, на наш взгляд, самый важный и изучим его, то мы сможем, абстрагируясь от множества различий, утверждать, что все изучаемые объекты имеют один общий для них признак — определенный уровень эстрогенов в организме и сочетание XX-хромосом в клетках организма, что делает их женщинами.

Еще два понятия из психологии мышления

Еще два понятия из психологии мышления. **Суждение** - это мысль, в которой утверждается или отрицается связь между объектами и признаками. Сидящие передо мной молодые люди — это врачи-психиатры. Это есть суждение, в котором устанавливается связь между присутствующими в кабинете людьми и их профессиональной принадлежностью. Сегодня — первое мая, но на дворе — не по-весеннему холодный день. Это - также суждение, устанавливающее связь между датой и особенностями климата в этот конкретный день.

Умозаключение - это такая последовательность суждений, в которой последнее суждение выводится из предыдущих. Сегодня - первое мая. Не по-весеннему холодный день. Значит, ребенка на прогулку необходимо одеть особенно тщательно и тепло. Последняя фраза и есть умозаключение из двух предыдущих суждений. А вот пример особого рода умозаключения: молодая особа, встав утром с постели, подошла обнаженной к окну погреться в лучах утреннего солнца. В этот момент с уличной скамейки на окно третьего этажа устремил взгляд высокий, спортивного вида парень. Значит, решил Сергей (муж молодой особы), у моей жены есть любовник, он — спортсмен и хорош собою. По форме это — обычное умозаключение, ибо оно есть суждение, вытекающее формально из двух предыдущих суждений. Но истинность его содержания — это и есть тема особого разговора, который мы поведем несколько позже, при изучении образования сверхценных и бредовых идей. Последнее, что нужно нам понять, — что такое ассоциации и ассоциативный процесс.

Ассоциация — связь между отдельными психическими явлениями, при которой актуализация (возникновение восприятия, представления, суждения, умозаключения и т.д.) одного из них влечет за собой появление другого. Из этого определения следует, что ассоциация может быть активной и пассивной. Если я сижу и целенаправленно решаю какую-либо задачу, я сам выстраиваю цепочку связей между постановкой задачи, определением пути решения и поиском ответов. Но ассоциация может быть случайной, пассивной. Я лежу на постели, в памяти всплывают воспоминания далекого детства, юности, представления и образы случайных встреч, путешествий, памятных событий. Одно сменяет другое. Одно представление порождает, казалось бы, далеко от него отстоящее воспоминание. Смена этих психических актов, установление связей между ними и есть ассоциативный процесс. «И тут ко мне идет незримый рой гостей...» Нам обязательно нужно помнить еще об одном феномене, связанном с ассоциативным процессом и в более общей форме, сознанием человека, - интенциональностью. Понятие, которое впервые ввел в философию и психологию Бретано и которым широко пользовался Гуссерль. Все наши акты сознания, все наши ассоциации являются направленными на что-то. Вне этой направленности не может быть психических актов сознания. В сознании происходит бесконечный процесс смены ассоциаций, но каждая из них направлена на что-то. Это есть зримое воплощение связи нашего «Я» с миром, наше «Я» всегда взаимодействует с объектами внешнего или внутреннего мира, направлено на них. Происходят очень большие и сложные нарушения, если эта направленность стирается или видоизменяется.

Вот, пожалуй, в качестве вступления и все. Ну, а теперь о нарушениях мышления. И начнем мы наш разговор с нарушений ассоциативного процесса (такова традиция психопатологии).

Нарушение течения ассоциативного процесса. Такое нарушение темпа ассоциативного процесса, как ускорение мышления, встречается при болезненно повышенном настроении. Повышенное настроение приводит к ускорению установления связей, т.е. ассоциаций, что внешне проявляется в искрометном мышлении, быстром и ярком соображении, и это на фоне начинающейся гипомании производит впечатление опытного поведения игрока КВН. Пациент сыплет шутками, прибаутками, стихами, афоризмами. Резко ускоренное мышление приводит к маниакальной бессвязности мышления, что уже есть предмет качественного нарушения ассоциативного процесса.

Замедление мышления. Чаще всего встречается при пониженном настроении. Мы ведь знаем, что холодная температура зимой приводит к необходимости длительного разогрева мотора, использования специального синтетического незамерзающего масла. Плохое настроение, подавленность, разочарование и тоска приводят к заметному замедлению течения ассоциаций, что проявляется в замедленной речи, более трудном, долгом обдумывании простых вопросов. Мы встречаемся с этим и в клинике, и в обыденной жизни. Кто хоть раз испытал истинное горе, помнит, как медленно ворочались мысли в голове и как вообще не хотелось о чем-либо думать.

Нарушение подвижности (гибкости) мышления. Обстоятельность мышления. Она может проявляться в трех степенях выраженности. Начальная степень обстоятельности — детализация. Пациенты, рассказывая о каких-либо событиях, постоянно вовлекают в рассказ второстепенные подробности.

Ветеран войны приглашен к детям поведать им о форсировании Днепра, одной из славных страниц войны. Он начинает рассказывать, увлекается, переходит на описание средств переправы, понтонных мостов, инженерных войск. Сопровождающая его сотрудница райвоенкомата время от времени старается возвращать ветерана к основной теме беседы, ей это удается, но рассказ затягивается, и дети начинают скучать.

Нарушение целенаправленности мышления и

Соскальзывание

Детализация была свойственна Ф.М. Достоевскому, и если сравнить блестящий лаконизм прозаика А.С. Пушкина и многостраничные описания чувств и переживаний героев Достоевского, то мы и получим зримое описание феномена детализации. Средняя степень обстоятельности — это собственно обстоятельность мышления, когда пациент постоянно, систематически, на протяжении всего рассказа застревает на побочных темах, второстепенных деталях, при этом само мышление становится малопродуктивным.

Эпилептик с выраженной обстоятельностью мышления очень труден для участкового врача-психиатра в качестве пациента поликлинического приема с отведенными врачу 15 мин на одного больного. Начиная отвечать на вопрос о приеме лекарственного препарата, он вспомнит и свою аптеку, и дорогу к аптеке с пятью ямами на тротуаре и десятью лужами у крыльца, вспомнит он «пехоту и родную роту, и бойца, который дал мне закурить...». Рассказ такого обстоятельного эпилептика или органика делает мучительной двойственность положения врача, который, с одной стороны, должен внимательно выслушивать больного, а с другой — не просто выполнить план посещений, а дать возможность и остальным больным поведать о своих насущных бедах. Третья степень обстоятельности называется вязкостью мышления и проявляется в невозможности мышления больного удерживать главную направляющую цель и линию разговора, невозможности его вернуться к основной теме от второстепенных деталей. Вязкость мышления — основной феномен эпилептической деменции.

Нарушение целенаправленности мышления. Мы уже отмечали одну из основных особенностей человеческого мышления и сознания — его направленность, интенциональность. Каждый акт сознания направлен на какой-то предмет или объект. Целенаправленность — это своеобразная дорога, путь, по которому движется мысль от одной промежуточной маленькой цели к другой. В конце дороги, вернее — более-менее длинного отрезка дороги, обязательно имеется цель. К ней и устремляется поток сознания, или путь мышления. Я веду автомобиль. Цель моего пути — мой дом, стоящий на такой-то улице. Я выбираю самый короткий путь к цели, экономлю бензин, совершаю различные маневры на дороге, останавливаясь только по необходимости у светофоров, поворачивая,

когда нужно объехать непреодолимое препятствие. Но на протяжении всего пути удерживаю в сознании главную цель — свой дом.

Теперь представьте себе, что девушка села в такси, где работает шофером молодой, разухабистый парень. Желая пофлиртовать с нею, он начнет обгонять справа и слева другие машины, выезжать на тротуар, менять маршрут, мчаться по набережной или вдоль леса. Путь к конечной цели окажется не прямым и коротким, а несколько путанным, извилистым. Это и будет витиеватым мышлением.

Пациент использует в речи и мышлении различные метафоры, к месту и не к месту цитирует великих людей, вспоминает научные термины и рассуждения из Библии. Его мышление сохраняет внешнюю логику, конечную цель, но путь к ней оказывается длинен.

Один старшеклассник любил порассуждать на разные темы, приводя к месту и не к месту отрывки из только что изученного романа Толстого, стихотворения Маяковского, песни v Высоцкого. Иногда хотелось сказать словами Базарова: «Аркадий, не говори красиво!»

Соскальзывание — неожиданный короткий переход, не объясняемый необходимостью, от одной мысли к другой, каждая из которых построена и грамматически, и логически правильно. Термин очень точно отражает перебежку мысли с одной дорожки на другую. Конькобежец скользит по ледовой дорожке. Его путь состоит из маятникообразных движений из стороны в сторону. Но вдруг он пересек черту и соскользнул на соседнюю дорожку. Во-первых, он нарушил спортивный порядок. А во-вторых, удлинил путь и потерял драгоценные секунды. Пример речи учителя, дающего урок по литературе:

«А.С. Пушкин — великий русский поэт, живший в начале XIX столетия — золотого столетия отечественной литературы. Вы должны помнить, что именно в XIX столетии в нашей стране появились первые террористические организации, о которых сегодня так много пишет российская пресса....»

Если темой урока является только творчество А.С. Пушкина, смена темы беседы учителя и есть соскальзывание на иной путь. Фразы и в первом отрезке его речи, и во втором построены верно, логически безупречно, но связи, исходя из конечной цели, между ними нет. Это очень тонкое нарушение. Применительно к нашему примеру можно было бы сказать так. Если бы речь на уроке литературы шла о Ф.М. Достоевском, который наиболее полно раскрыл тему русского террора и угрозы стране, которые тот принес, такое съезжание было бы оправдано конечной целью урока и темы. Но А.С. Пушкин касался тем «Русского бунта», но не терроризма как нового явления, характерного для второй половины XIX столетия. Вернемся к примеру с автомобилем.

Мужчина вместе с женой поехал в выходной день за продуктами. Они обсудили маршрут и выстроили его так, чтобы посетить два новых супермаркета, где наиболее полно представлена гастрономия сегодняшнего дня. Но в середине пути мужу в голову пришла неожиданная мысль — заскочить еще в книжный магазин, посмотреть новинки Л. Гумилева. Не говоря ни слова, он сворачивает с намеченного маршрута и подъезжает, совершенно неожиданно для жены, к книжному магазину.

Для нее это и будет соскальзыванием с основного пути, ничем не мотивированным и не объяснимым.

Расстройства мышления. Бред - остановка, закупорка

мышления

Шперрунг — остановка, закупорка мышления. Внезапный обрыв ассоциативного процесса, непредвиденная остановка в мыслительном пути, жуткое ощущение кратковременной пустоты в голове. Человек замолкает на несколько секунд. Такое бывает при абсансе, и эти два нарушения часто путают. При абсансе ребенок у доски замирает на пару секунд. Время достаточное, чтобы на это обратили внимание, а затем продолжает прерванное действие или мысль именно с того места, где это действие или мысль оборвалась. Субъективно для ребенка такое кратковременное исчезновение сознания остается незамеченным, амнезируется. Больной со шперрунгом осознает остановку мышления, сам фиксирует внимание на этом, пытается объяснить это явление чем-либо:

многомыслием, наплывом мыслей — ментизмом, изъятием мысли посторонней силой, внезапной пустотой в голове и т.д. После шперрунга мысль пациента может пойти по совершенно иному пути:

Я еду в автомобиле, внезапно меня останавливает постовой милиционер своим полосатым жезлом. Но после остановки он предписывает мне ехать не по нужной мне улице, а направляет мою машину по объездному пути или на совершенно неизвестную мне дорогу, так как по нашей улице мчится кортеж правительственных лимузинов.

Мышление и речь, при которых теряется связь между отдельными понятиями, суждениями, умозаключениями, когда соскальзывания возникают часто, иногда после каждой фразы, называются разорванными. Это - очень частое нарушение мышления и речи, оно может появляться как следствие чередования соскальзывания и шперрунга, следующих друг за другом, может возникать и само по себе, при далеко зашедшем эндогенном процессе, когда вследствие эмоционального опустошения теряется вообще всякая цель мыслительного процесса, путеводная нить ускользает, разум оказывается в ситуации терпящего бедствие корабля — без руля и без ветрил. Разорванность имеет две стадии развития. Сначала теряется логическая связь между суждениями и умозаключениями, но сохраняется грамматическая стройность речи. В предложениях, которыми говорит больной, имеется подлежащее, сказуемое, прилагательные, связующие эти части речи частицы и предлоги, но теряется конечный смысл речи.

Разорванность второй стадии развития — это мышление и речь, где нарушается уже и грамматический строй речи, мышление и речь становятся бессвязными. Иногда такую речь называют шизофазией, иногда атактической бессвязностью. Разговор о ней пойдет, когда мы начнем дифференцировать три вида бессвязности.

Резонерство - мышление и речь, при которых пациент на протяжении всей беседы, разговора, общения или произнесения монолога занят исключительно рассуждательством на так называемые «общие темы», обсуждая посторонние, несущественные для данной ситуации, данного места проблемы.

Собирается врачебный коллектив, чтобы обсудить психическое состояние сложного пациента, а один из врачей пускается в рассуждение на тему новых праздников России и их влияния на благосостояние бюджетников. Порассуждав изрядно на данную тему, он переключается на проблему отцов и детей, яйца и курицы, Адама и Евы и т.д...

Учитель средней школы на педсовете, обсуждавшем успеваемость учеников школы во второй четверти, пускается в пространные разглагольствования о реформе образования, педагогическом труде вообще, преимуществе системы Сухомлинского или Шаталова.

Так выглядит резонерство в обычной, непсихиатрической среде. По сути так же резонерство проявляется и у больных, только темы рассуждений более отвлечены от реальности, рассуждательство является более пустым и беспредметным.

Крайне сложным и важным психическим расстройством является символическое мышление. Давайте, во-первых, разберемся с понятием символа. Итак, символ — это вещественный или условный знак, обозначающий какое-либо понятие, образ, воплощающий какую-либо идею. Когда мы говорим о символизме, символическом мышлении, мы понимаем под этим в обыденном житейском смысле употребление в мышлении и речи иносказательных понятий, слов, определений. Символизм во многом наполняет поэзию ее истинным глубоко духовным и прекрасным смыслом и содержанием. Сами по себе поэзия, музыка, живопись состоят из сплошного потока иносказаний. Поэт мог сказать: «Я увидел красивую женщину». Это информация, но не поэзия. Поэт сказал: «...Как мимолетное видение, как гений чистой красоты». И это есть поэзия, искусство.

Наш пациент написал о себе: «Улыбка маньяка, желудок, как у яка. Глаза цвета гея, чтоб было виднее. Тело мазохиста, душа пацифиста. Сердце с морозилки, вместо крови - льдинки...»,

т.е. он иносказательно, поэтическими символами описал свое состояние. Словами и понятиями мы говорим одно, а подразумеваем нечто иное. Как у Маяковского: «Мы говорим Ленин, подразумеваем партия; мы говорим партия, подразумеваем Ленин». Символизм далеко не обязательно есть патологическое явление.

Открываем лежащий на столе толковый словарь молодежного сленга. Слова, приводимые в нем, в массе своей — символизмы, иносказательное использование, зачастую, очень привычных слов. «Ванька-Встанька» — отнюдь не известная детская игрушка; для некоторой части молодежи это понятие означает «легко возбуждающийся

мужской половой орган». Врубель — фамилия гениального художника. В этом словаре это понятие, это слово обозначает «понятливый сообразительный человек». Слово «замочить» раньше имело вполне определенное значение, чаще всего связанное с процедурой подготовки к стирке белья. Сейчас слово «замочить» чаще понимается как убийство. В детстве, в той далекой социалистической жизни, слово «зелень» обозначало большую группу овощей, выращенных на домашней и садовой грядке. Сейчас чаще употребляется как синоним, как символ, обозначающий валюту. Слово «черновичок» возвращало нашу память в школьное прошлое, когда учителя и родители заставляли нас сначала все домашние задания и контрольные работы выполнять на черновике, потом переписывать начисто. Сейчас черновичок означает пренебрежительное именование лица кавказской национальности.

Расстройства мышления. Бред в примерах

Наши больные используют привычные понятия, иногда особые научные термины, искусствоведческие определения, профессиональные выражения для обозначения явления, понятия, предмета, давая этим явлениям, понятиям и предметам свое собственное иносказательное, исключительно индивидуальное определение. Один пациент называет свою жену лошадью. Другой в разговоре называет свои многочисленные татуировки файлами.

Третий пациент долго не мог врачам объяснить смысл сообщения, что его жена ушла к «нижнему ротному». После долгих расспросов удалось перевести этот символ на общезначимые понятия. В его употреблении выражение «нижний ротный» означало именование врача-гинеколога, который лечит «нижний рот». Ученик одиннадцатого класса в рассказе при поступлении в психиатрический стационар несколько раз употребил одно и то же непонятное слово «духосиська». Так он именовал свою учительницу по литературе, которая, по его же словам, постоянно «кормила своих учеников, как мать кормит ребенка, добрыми, вечными ценностями духовной жизни человечества».

Это неологизм, ставший символом конкретного человека, замещающий понятие «учитель». В литературе мы встретимся с понятием аморфное мышление. Имеется в виду грамматически правильно построенная речь, при которой понятие используется не совсем четко, однозначно, аморфно. Оно как бы расплывается.

Один наш пациент с парафренным этапом шизофрении, с осколками бывшего бреда величия и манихейского бреда, высказывал неоднократно идеи греховности и виновности всех женщин на свете, но в своей речи слово «женщина» он употреблял в значительно более широком контексте, расширительно, причисляя к ним все живые особи женского пола — животных, птиц, змей — и объединяя в этом слове все женское начало.

Речь в таком случае чем-то напоминает резонерство, но, как метко заметил А.О. Бухановский, при резонерстве непонятно, «зачем», а при аморфности — «о чем» говорит больной [11].

Особое расстройство мышления, встречающееся при шизофрении, слияние, сгущение, агглютинация понятий, проявляется в том, что сливаются гетерогенные, в обычном мышлении и речи не связываемые друг с другом понятия. Старые авторы приводят пример со словом «шоколадно», когда больной после инсулиношоковой терапии сообщил, что у него после шока все идет на лад. Сюда же можно отнести и новообразования молодежного сленга — «спихотехника» (умение уходить от ответственности), «танкодром» (стоянка такси), «эмансипопка» (эмансипированная женщина).

Один из наших пациентов в начале девяностых годов, в годы парада суверенитетов и активизации преподавания языков коренных национальностей, будучи русским по национальности, именовал себя «шизобашем», сгущенным, агглютинированным понятием, совместившим понятие о заболевании — шизофрении (слова латинского происхождения) и обозначение на татарском языке слова «голова» — «баш».

В клинике позднего возраста врач-психиатр часто сталкивается с нарушением мышления, именуемым персеверация. Под этим нарушением обычно понимается застревание мышления и речи на каком-либо одном представлении, понятии, словесном обороте, предложении.

Так, начав отвечать на вопросы врача об ориентировке во времени, назвав дату - 7 мая 2005 г., больной затем на несколько иных вопросов, касающихся уже совершенно других сторон его психики, продолжает повторять одну и ту же фразу - 7 мая 2005 г., 7 мая 2005г. и т.д.

Нам хочется рассказать молодому врачу еще об одном нарушении мышления, редко описываемом в учебниках и руководствах, но имеющем очень существенное значение для понимания особенностей мышления больных шизофренией, - нарушении актуализации знаний на основе прошлого опыта. Это нарушение подробно описано в первом мультидисциплинарном исследовании по шизофрении под ред. А.В. Снежневского, вышедшем в 1969 г. Психически здоровые люди при актуализации ранее приобретенных знаний актуализируют, т.е. «вытаскивают» из кладовой памяти, стандартные, часто употребляемые признаки и свойства предметов. Число нестандартных, малозначимых свойств, актуализируемых больными, в три раза больше, чем в группе здоровых лиц. Так, в примере, приводимом в том исследовании, больной объединяет в одну группу карандаш и ботинок по такому свойству — «оба оставляют следы»; часы и река объединяются в одну группу, так как «идут по замкнутому кругу, связаны с бесконечностью» [61].

Один наш пациент с шизотипическим расстройством при рассказе о мюзикле по роману «Собор парижской богородицы» объединил вместе в одну группу Виктора Гюго и Квзимодо, т.е. автора романа и одного из главных героев. Но не по признаку принадлежности их к одному художественному произведению. В пространном рассуждении он сообщил, что оба этих человека подверглись генетическому сдвигу, толчку, мутации, в результате которых в одном случае появилась пассионарная личность — гениальный писатель, в другом случае — генетический урод.

Как следует из экспериментально-психологических и клинических данных, у многих больных шизофренией с наличием нарушения актуализации ранее приобретенных знаний обнаруживается оригинальность, необычность мышления, «лица не общее выражение». В 1863 г. в Милане Цезарь Ломброзо опубликовал первое издание своей книги «Гениальность и помешательство», наверное, самого скандального произведения мировой психиатрической литературы. Исследуя некие общие признаки, свойственные сумасшедшим и гениям, он приводит примеры высказываний разных ученых: «Гоген считает оригинальность именно тем качеством, которое резко отличает гения от таланта. ...Юрген Мейер говорит: «Талантливый человек — это стрелок, попадающий в цель, которая кажется нам трудно достижимой; гений попадает в цель, которой даже и не видно для нас. Оригинальность в натуре гения» [46].

Нетрудно заметить, что моментом, сближающим гения и больного шизофренией, и является оригинальность, нестандартность мышления или, говоря языком психологического исследования, — нарушение актуализации ранее приобретенных знаний. Значит ли это, что все шизофреники — сплошь таланты или гении? Отнюдь нет. Болезнь — это трагедия, это поистине, — «горе от ума». Но историческим фактом является наличие среди талантливых и гениальных людей всех времен и народов определенного процента психически больных людей. В том числе и поэтому никогда нельзя ставить крест на судьбе человека, заболевшего психическим расстройством, болезнь которого может не только сломать его жизнь, но и явиться сопутствующим генетическим феноменом, знаком, отметиной судьбы или бога об избранности.

Апрозективная бессвязность

Из всех многочисленных нарушений мышления нам осталось освоить, пожалуй, одно из самых сложных и важных — три вида бессвязности мышления. Что внушает уверенность при изучении этих нарушений? Бессвязность мышления обязательно сопровождается точно такой же бессвязностью речи. По сути дела они идентичны, а речь, высказываемая больным, уже переводит субъективное расстройство душевной деятельности, каковым является любое нарушение мышления, в проявления объективных нарушений психики, ибо речь другого человека воспринимается психопатологом непосредственно, собственными органами чувств и собственным сознанием. Любой вид бессвязности, говоря юридическим языком, мы можем зафиксировать, объективизировать в виде вещественной улики хулиганствующего мышления, записав довольно просто речь пациента на магнитофон или видео.

Вернемся на короткое время к философским построениям Э. Гуссерля. Наше сознание состоит из непрерывного потока интенций - актов сознания, направленных на какие-то явления окружающего и внутреннего мира. Очень часто такими актами сознания являются мысли. Ведь мысль, размышление, суждение — это одно из основных проявлений бодрствующего сознания. У потока различных интенций существуют определенная последовательность, связность и руководящее целевое начало. Интенции не прыгают в разные стороны, они, как вагоны в общей сцепке поезда, следуют одна за другой. Хотя Гуссерль разрабатывал учение об интенциональности применительно к трансцендентальному сознанию, но и при естественной установке сознания интенциональность, т.е. направленность сознания, сохраняется.

Итак, апрозектическая (маниакальная) бессвязность. Этот вид бессвязности возникает от совместного действия двух разных психических феноменов на течение ассоциативного процесса. Ускоряется течение ассоциаций и нарушается функция внимания (апрозексия). При отклоняемости внимания мышление, лишенное руководящего начала, учитывая ускорение и наплыв представлений, мыслей и идей, продуцирует речь, части которой имеют случайный мотив связности - попадание различных предметов в поле зрения, созвучие произносимых слов и предложений и т. д. Представим себе такой искусственный образ. Наше мышление и сознание - это сложная жизнь большого количества воинов, участвующих в грандиозной войсковой операции в дремучих лесах. Руководит операцией штаб фронта с помощью специальной связи. Войсковые группы (полки, батальоны, роты - это умозаключения, суждения и понятия) действуют слаженно и совместно, если имеются исправная связь, орудия армейского труда и подручные средства для прокладки путей — стволы деревьев, ветки и листья. Штаб отдает непрерывные команды, роты и батальоны следуют по указанным маршрутам, рубят лес, укладывают стволы в дороги и мосты через речки и болота. А теперь представим себе, на огромном пространстве в сотни километров вспыхнул лесной пожар. И штаб, и войска стараются как можно быстрее вывести людей из леса, команды теряют стройность, штаб разывается от множества получаемых тревожных сведений, его внимание распыляется, хочется успеть сразу за всеми изменениями ситуации, но не получается. А воины, боясь огня, уже не идут стройными колоннами, а бегут, падая, ломая в буреломе ноги, теряя орудия, часть их сгорает в пламени пожара. Вот так наступает маниакальная бессвязность:

«Доктор, доктор, я хочу поздравить Вас с Днем Победы. Победа — наш общий праздник, у меня погибли дед и двое бабушек. Бабки -странный народ, то плачут, то смеются, вечно обижаются на молодых. А ведь у нас, молодых, — вся жизнь впереди, вся жизнь впереди, надейся и жди. «Ожиданием своим ты спасла меня», — это из Симонова. Сына Симонова часто показывают по телевизору, он довольно модный журналист...»

Так выглядит апрозектическая бессвязность. Второй вид бессвязности - астеническая (адиамическая). Часто ее именуют аментивной бессвязностью. Это, как говорили старые авторы, - первичное расстройство ассоциативного процесса - слабость, вялость, выпадение отдельных звеньев. Как правило, у больных помрачено сознание, они не могут правильно подать руку, одеть чулок. Они увидят и скажут, на каких цифрах стоят минутная и часовая стрелки, но не смогут определить время. Смогут перечислить достоинство разных монет, но не смогут сосчитать общую стоимость имеющихся денег. В штабе, руководящем войсковой операцией, вышел из строя центральный радиопередатчик, разрушилась связь всей группировки войск. Кроме того, пожар (тяжелое инфекционное или соматическое заболевание) уничтожил большую часть леса. Строительный материал, из которого готовились дороги и переправы, исчез. Случилось совпадение — одновременно исчезла связь, разрушились пути, создание новых путей стало невозможным. Роты, батальоны, полки мечутся в разные стороны, много воинов гибнет в болотах, части выходят из леса в разных местах, нет единого войска, нет и не может быть единого результата всей операции. Возникает астеническая, аментивная бессвязность:

«Вот это — рука, а это рукав халата. А где другая рука? Нет, не знаю, как одеть, не помню, ногу в рукав? А это какой-то мужик. Волосы, как у отца, туфли, как у отца, кто же это? Не знаю, кто такой. Пальцы мои, пять пальцев, черви, пять червей. Вы доктор? Может продавец? У вас белый халат, я все забыла. Помогите мне, мне плохо, голова болит, сейчас на голову упадет потолок. Вот он падает. Mamochka, pomogi, oi, kak bolit duha».

Интрапсихическая атаксия

Третий вид бессвязности - атактическая бессвязность, интрапсихическая **атаксия** - возникает как вторая стадия разорванности, когда нарушается и логический, и грамматический строй речи. Может возникать в начальных стадиях шизофренического процесса, при развитии аментивно-подобного этапа онейроидного помрачения сознания. В этот момент очень важно дифференцировать бессвязность, так как лечение кардинально отличается. При астенической бессвязности максимум усилий направляется на поддержание жизненных функций организма, общеукрепляющую терапию, а при аментивно-подобной спутанности в случае фебрильной шизофрении проводится массивная аминозинотерпия или ЭСТ. В.П. Осипов дает такое определение: «Отдельные звенья ассоциативной цепи, лишённые руководящего направления, вследствие отщепления чувственного элемента подвергаются воздействию подавляемых представлений и идей» [52]. Нетрудно заметить, что здесь показывается верхушка психоаналитического айсберга. Вернемся к нашему примеру с войском. Штаб развалился, все напились, командованию нет дела до своего войска, настроение апофигейства проникает сверху вниз. Связь не работает, цель операции отсутствует, пути не проложены, но не потому, что пожар уничтожил деревья и не из чего построить мосты, а потому, что никому ничего не хочется делать, всем на все наплевать, безразличием и тупым равнодушием пронизано все. Отдельные батальоны и роты, лишённые руководства, брошенные на произвол судьбы, сами выбирают из лесной чащи, по отдельности появляясь на опушке леса, мелькая в глубине рощи, хлюпя по болоту, застревают в зыбучих песках. Разворачивается атактическая бессвязность как важнейший симптом шизофрении:

«Вокруг газы, сейчас взорвемся, в тарелке борщ, а в гражданке Щорс, потому что лампочка светит, но солнце греет. Квадратом скорости Эйнштейн сделал бомбу, а японцы били Мао. Мать забыла печенье, а грибы не растут в саду, потому что поезд не пришел на парад...»

Нарушения содержания мышления- сверхценные и бредовые идеи

Нарушения содержания мышления подразделяются на навязчивые, сверхценные и **бредовые** идеи.

Навязчивые идеи — это суждения, умозаключения, идеи, возникающие в сознании человека помимо его воли, произвольно, содержание которых не только не отражает его желаний, надежд и влечений, но чаще всего противоположно им, враждебно и чуждо ему. К этим продуктам мышления пациент всегда относится критически, понимая их болезненное происхождение, пытаясь избавиться от них. В отличие от сверхценных идей, больной активно противодействует, борется с навязчивыми идеями и мыслями. Для лучшего понимания ограничимся одной тематикой — идеями ревности - навязчивыми, сверхценными и бредовыми. Анализируя идеи одной тематики, нам легче будет понять механизм их появления и развития. Ревность как человеческое чувство свойственно всем тем человеческим популяциям, где имеет место моногамный брак. Перед войной, как пишется в одной из современных монографий, была проведена экспедиция в Монголию, в составе которой были врачи-психиатры. К их удивлению, среди монгольского населения конца сороковых годов XX века не встречались вообще идеи ревности, ни навязчивые, ни сверхценные, ни бредовые. Как выяснилось, объяснялось это довольно просто. В Монголии того времени семья существовала еще с остатками полигамии, т.е. моногамный брак был весьма условным. В любой юрте гостю

в качестве подарка предоставлялась на ночь жена хозяина юрты — это было в обычаях народа. Умершая мать семейства возмещалась немедленно оставшейся в живых младшей сестрой умершей, которая брала на себя воспитание детей и функции жены хозяина юрты и главы семьи. Если не было чувства ревности как такового, то не могло быть и идей ревности. Мы живем в почти цивилизованной стране. У нас чувство ревности весьма распространено. Когда у мужчины или женщины появляется навязчивая мысль о возможной (подчеркиваем, возможной) неверности супруги или супруга, человек старается отогнать эту мысль. Она ему чужда, он внутренне не согласен, он старается доказать самому себе обратное. Он доказывает себе, говорит: «Нет, я не прав, жена меня любит, мне все померещилось». Но проходит час, два, день, два дня, и эти мысли вновь и вновь одолевают сознание, он вновь и вновь пытается отогнать их от себя. Он не требует от жены доказательства неверности. Он не стоит над ней с ножом: «Признайся, с кем вчера спала!» Он уговаривает и убеждает сам себя, он пытается у себя испросить доказательства верности жены, так как внутренне не верит в ее измену.

Навязчивые идеи относятся к психическим нарушениям с общим названием «навязчивые явления». Кроме идей, встречаются часто навязчивые страхи, двигательные навязчивости и ритуалы. Так же как навязчивые идеи в своей динамике, в структуре эндогенного процесса могут переходить в идеаторные автоматизмы, так и защитные ритуалы и действия могут со временем трансформироваться в кинестетические автоматизмы. Удивительное наблюдение о сложных и вычурных навязчивых ритуалах мы приведем здесь.

Наш больной Андрей С. перечисляет все виды совершаемых им ритуалов. Во-первых, перед тем, как ложиться спать, ему нужно 5 раз почесать локоток отцу, 8 раз маме и 3 раза себе. Затем необходимо трижды постучать по спинке кровати. Когда идет в туалет «по-маленькому», необходимо в секундах просчитать длительность мочеиспускания. Когда идет в туалет «по-большому», одевает на ноги маленькие тапочки, которые носил в возрасте трех лет. Именно эти тапки должен взять потому, что цифра три для него желанная, а ему было три года, когда он носил эти тапочки. В туалет берет три машинки, которые лежат под кроватью, вне туалета их нельзя трогать. Перед тем как идти в туалет, он обязан потрогать дверцу холодильника указательным, средним и большим пальцем, собранными вместе в щепоть. Когда ходит за водой, обязательно должен перед началом движения правой рукой поднять тачку, затем левой, потом двумя руками сразу. Доехав до ямки на дороге к роднику, он должен повозить тачку через ямку сначала правой рукой, затем левой, а потом обеими руками сразу. Когда выполняет очередной ритуал, в голове становится легче, чувствует удовлетворение. Зачастую у него же возникают навязчивые мысли в виде «страшных, отвратительных философских идей». Сообщает о них и приводит пример, когда ему представляется в воображении, как отец с матерью лежат в гробу, как он режет себе вены, эти навязчивые мысли сопровождаются отчетливыми представлениями о содержании этих навязчивых мыслей.

Сверхценные идеи пациент активно защищает, отстаивает их истинность, доказывает реальность своих выводов и утверждений; сверхценные идеи становятся частью его личности. В отличие от бредовых, сверхценные идеи, как пишут многие авторы, возникают из реально существующих обстоятельств, имеют какой-либо повод, причину, толчок в окружающей жизни. К. Ясперс четко отличал сверхценные идеи и сверхценное развитие личности от бреда. Он считал, что при паранойальном развитии личности не происходит «надлома, разрыва, качественного изменения». Ясперс писал, что в результате паранойального развития личности происходит становление сверхценного бреда, который, по сути, бредом не является, и обозначался им как бредоподобный. Он отрицал саму возможность перерастания паранойального развития в паранойальный бред. Человек, при отстаивании какой-либо истины, необходимости представить доказательство какому-либо суждению или умозаключению, в начале доказательного пути ставит перед собой некую проблемную задачу, формулирует тезис, именуемый теоремой. Затем с помощью доказательных аргументов обосновывает и доказывает исходный тезис. У пациентов с бредом нет доказательного пути, нет проблемной задачи, нет исходного тезиса. В начале своего суждения или умозаключения ими намертво вбивается гвоздь уже сформулированной аксиомы, истины, уже не требующей доказательства, истины, которая, по их мнению, уже является доказанной, априорно аподиктической, что и отличает бред и от сверхценных идей, и от логики здорового мышления.

Сверхценные идеи, примеры

При разграничении сверхценных идей, развития личности от бреда, К. Ясперс предлагал использовать критерий понятности. При сверхценных идеях переживания и поведение больного определяются самой личностью больного, конкретной жизненной ситуацией, целями и ценностями конкретной личности. При бреде же устанавливается невыводимость бредовых идей и переживаний ни из личности, ни из ситуации, ни из мотивов, задач или целей личности. Итак, что может послужить исходным мотивом, поводом для возникновения сверхценной идеи, скажем ревности? Что угодно. Улыбка, брошенная женой на вечере отдыха в сторону мужчины, который сел за соседний столик, купленные ею дорогие французские духи, факт опоздания прихода домой с работы («задержали на собрании»), рука кавалера, которая скользнула чуть ниже талии во время очередного танцевального движения. Но сверхценной идеей изначальный повод станет только в том случае, если в структуре личности имеются паранойальные задатки, если имеется склонность к образованию сверхценных идей.

Начальник жены нашего пациента был заядлым курильщиком. Дважды во время очередной пьянки руководящего состава цеха начальник открыто приглашал на танец жену нашего «героя». Вскоре Отелло стал предъяснять

жене упрёки в супружеской неверности. Он не спрашивал ее, он констатировал, утверждал: «Твои волосы «попальцево» пахнут табаком начальника. Он запускал руку в твои волосы и оставлял там следы. Я знаю запах этого табака. Я чувствую этот запах». Он обнюхивал жену и тут же высказывал новое суждение, подтверждающее изначально сформулированный вывод о наличии любовни- ка-начальника: «Пряжка твоего лифчика также пахнет его табаком, он своей рукой уже расстегивал твой лифчик».

Что это? Уже бред или еще сверхценная идея? Сверхценным идеям или бреду ближе поведение старика-ревнивца, который ежедневно засовывал во **влагалище** своей «молодящейся старухи» сырое куриное яйцо (пример, рассказанный на одной из лекций цикла усовершенствования доцентом кафедры психиатрии Казанской ГМА). Если к вечеру яйцо оставалось целым, оно, как замок девственности, гарантировало для старика супружескую верность старушки. А вот если днем ей приходилось ходить быстрее обычного или, не дай бог, по ее словам «бегать до большего ветру» и яйцо лопалось, кроме того, что к вечеру у нее «спипалось все, что может слипнуться», она зарабатывала с десятков тумачков «сумасшедшего старика».

Вот последнее определение бреда из «Медицинского энциклопедического словаря» 2002 г.: «Идеи и суждения, объективно ложные, не соответствующие действительности, возникающие на болезненной почве, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся разубеждению и разъяснению». Три признака из перечисленных четырех можно отнести к объективным признакам больной душевной жизни (К. Ясперс). О содержании идей и их несоответствии действительности мы узнаем из речи или письма больного, об овладении ими его сознанием — из его поведения, а также речи. Некорректируемость бреда определяется по устойчивости и убежденности высказываний больного о своих идеях и суждениях. Каждый из этих признаков по отдельности можно увидеть и опознать во многих других феноменах психической жизни, в фанатизме, сверхценных идеях, да и просто в твердых убеждениях психически здоровых людей. Почему, сложив вместе все признаки, мы не получили устойчивого, отличного от иных феноменов понятия бреда? Только ли дело в том, что мы не учли признак, определяемый, как болезненная «почва». Но в понятии «почва» мы обнаруживаем типичную логическую ошибку и нарушение законов формальной логики. Доказывать наличие бреда как главного признака душевной болезни через болезненность «почвы» есть круг в доказательстве, где тезис доказывается аргументом, который сам нуждается в доказательстве через использование тезиса. Необходимо сказать несколько слов о «паралогике». К. Ясперс писал, что паралогика не всегда имеет место быть, и в том же месте, он же подмечает, что «критическая способность не ликвидируется, а ставится на службу бреду». Аза полстолетия до него В.Х. Кандинский написал о том же самом; его слова мы уже цитировали в гл. 4: «...Ликантроп может судить так: я превращен в волка, однако я вижу у себя человеческие руки и ноги, значит, мои волчьи лапы для меня невидимы, а видимые человеческие руки и ноги — обман зрения. В самом деле, невидимость шерсти на теле здесь ничего не значит перед фактом ощущения ее присутствия на теле, равно как и перед еще более важным фактом чувства своего, «на волчий манер» измененного сознания».

Так или иначе наше рассуждение приходит к тому, чем заканчивал К. Ясперс:

«Истинный бред некорректируем из-за происшедшего в личности изменения, природа которого пока не может быть описана, а тем более сформулирована в понятиях; мы должны ограничиться предположениями». [79]. В недавно появившейся книге В.Г. Ротштейна «Психиатрия. Наука или искусство?» мы встречаем рассуждение на ту же тему: «Бред — явление совершенно другого происхождения. К интерпретации окружающего он не имеет никакого отношения...бредовая идея и аргументы, выдвигаемые при споре с больным, оказываются в «непересекающихся плоскостях». Они просто не могут взаимодействовать друг с другом, и именно поэтому (а вовсе не из- за упрямства пациента или из-за нашей интеллектуальной беспомощности) переубедить больного нельзя» [57].

Приводим пример из самой обыденной жизни.

Женщина принесла заявление на принудительное освидетельствование мужа. В своей нехитрой исповеди она поведала, что муж, имея троих детей и являясь «биологическим отцом», съездил в санаторий, где познакомился с нравами отдыхающих — «все женщины вешались на мужчин». Предположим, что потрясение, испытанное мужем-однолюбом, стало толчком, поводом к развитию сверхценной идеи. Женщина далее повествует, что муж после санатория начал ее ревновать сначала к своим друзьям, затем к тем, кто работает на заводе, затем «ко всем усатым и всем соседям». На этом этапе мы имеем по формальным клиническим признакам все еще пока сверхценную идею. Но вот через какое-то время начались, по ее словам, кошмары. Он отказался от своего отцовства, составил на каждого ребенка свою историю, дату зачатия и нашел другого отца. Он придумал каких-

то девочек-близняшек, которых эта женщина родила якобы еще в 9-м классе, когда на каникулах ездила к бабушке в Узбекистан. Он стал утверждать, что любовники его жены должны его убить. Каждый шум, любой сигнал машины он стал считать сигналом любовников и сам начал включать-выключать свет, стучать по стене посередине ночи».

Мы, прочитав всего одну страницу исповеди-заявления женщины, имели возможность по содержанию идеи, переданной словами жены больного, предположительно, с большой долей вероятности, оценить прочитанное как переход сверхценной идеи ревности в бредовую, а затем расширение ее и присоединение бреда преследования. В этом наблюдении имеется возможность опознать точный момент исчезновения сверхценного механизма и переход на полностью бредовое творчество, без заимствования сюжета из реальной жизни. Если исходить из логики К. Ясперса, мы с самого начала имели дело с появлением бредовой идеи, поэтому формально сверхценный этап возникновения идеи следует считать псевдосверхценным «фасадом», за которым происходит становление полномасштабного интерпретативного бреда. В тот день, когда больной стал утверждать, что много лет назад, обучаясь в девятом классе, его жена родила близняшек, есть начало оформления ретроспективного бредаобразования - особого вида бреда с особым механизмом его возникновения. Возможность познания бреда по его содержанию, передаваемому в речи больного, в письменном его творчестве, в пересказе родственников, К. Ясперс называл изучением объективных признаков больной душевной жизни, ибо мы — психопатологи — познаем феномен психического расстройства объективно, через плоды мышления больного, через содержание бреда. Но далеко не всегда содержание бреда является объективным признаком бреда.

Муж ревнует учительницу. Она пришла к врачу и жалуется, что у мужа бред ревности, он ревнует ее к Пушкину. Психиатр спрашивает, кому принадлежит столь известная фамилия. Учительница отвечает, что великому русскому поэту, и рассказывает, что она много времени и сил действительно уделяет преподаванию поэзии Пушкина детям, ведет факультативный литературный кружок. Муж «закатывает истерики», ревнуя ее к А.С. Пушкину.

Совершенно ясно, что никакого отношения переживания мужа к бреду ревности не имеют. Это тот случай, о коем писал Маяковский, когда хотел бы, чтобы «не к мужу Марьи Ивановны», а к Копернику ревновал он свою любимую. А как быть, если имеется бред ревности и есть измена жены или мужа, например когда новый муж уже бывшей жены спал с нею на койке в маленькой комнатке каждую ночь, а старый муж спал рядом на раскладушке (из-за отсутствия иной жилплощади) и сообщал врачу-психиатру, среди прочих суждений, об измене жены и факты личного удостоверения им интимных отношений бывшей жены и ее любовников? Это бред или из-за соответствия высказываний событиям действительности он перестает быть бредом? Само психическое расстройство разворачивается не в письме родственницы больного и даже не в рассказе пациента о своих мыслях и умозаключениях, а внутри его больной души (психики). Как проникнуть туда, как познать феномен изнутри? Наше сознание, сознание любого психиатра, не может непосредственно проникнуть в сознание другого человека. Мы не можем, как утверждают некоторые шарлатаны, «читать чужие мысли», не можем ощущать окружающий мир при помощи органов чувств других людей, не можем пользоваться их памятью и воображением. О том, что другой человек чувствует, о чем мыслит, мы можем знать только опосредованно, или тогда, когда происходящее внутри сознания другого человека имеет какие-либо внешние проявления. Этому Ясперс предлагает учиться психиатру всю жизнь и называет необходимое для познания внутренней жизни души действие врача-психиатра транспонированием. Мы должны как бы переселить в своем воображении свою собственную душу, настроиться на волну переживаний пациента, попытаться интуитивно воспринять то, что таинственно скрыто от глаз постороннего человека, что происходит в душе больного. Врач-психиатр в своем представлении переживает то, что и больной, он переживает это не непосредственно, а «как бы не-посредственно». Это и есть интуитивное восприятие феноменов чужой психической жизни. Во многих случаях это удается психиатру, и мы далее об этом поговорим. Но бред отличается от других нарушений мышления и психики человека именно тем, что проникнуть туда невозможно. Ясперс обозначил это изменением личности, природа которого пока не может быть описана. Автор этих строк вслед за некоторыми психиатрами, обозначает такой феномен инобытием и считает это кардинальным феноменом эндогенных психозов, разложить который на отдельные симптомы принципиально невозможно. Все выше сказанное имеет отношение к так называемому интерпретативному бреду, или бреду толкования. В основе его появления лежит особая логика, которая может быть паралогикой, а может применять механизмы правильной логики (формально правильной логики), безупречной с точки зрения законов логики, но любую из них может использовать иная личность больного —

точно так же, как любой из этих логик может пользоваться здоровая личность, продуцируя ошибочные умозаключения или, наоборот, открывая и создавая новые законы мира и бытия. Поскольку мы уже заговорили о бреде ревности, хотелось бы закончить эту тему. Бред ревности иногда называют синдромом Отелло, который описали Todd и Dewhurst в 1955 г. Они считали, что этот синдром возникает чаще всего на четвертом десятилетии жизни, что сначала появляется подозрение в неверности супруги или супруга. Иногда он возникает по сверхценному механизму. Следуют настойчивые и длительные поиски доказательства измены, требование признать свою вину. В качестве доказательства нередко воспринимается отказ супруги или супруга от половой близости. Встречается при алкоголизме, у параноиков, при шизофрении, эпилепсии. Блестящую дифференциальную диагностику разных видов ревности дали в качестве реабилитации литературного образа Отелло А.С. Пушкин и Ф.М. Достоевский. Вот отрывок из «Братьев Карамазовых»: «Ревность! «Отелло не ревнив, он доверчив, — заметил Пушкин... У Отелло просто разможжена душа и помутилось все мировоззрение его, потому что погиб его идеал. Но Отелло не станет прятаться, шпионить, подглядывать: он доверчив... Не то с настоящим ревнивцем. Ревнивец чрезвычайно скоро (разумеется после страшной сцены вначале) может и способен простить. Разумеется, примирение произойдет лишь на час, потому что если бы даже и в самом деле исчез соперник, то завтра же он изобретет нового и приревнует к нему» [26].

Острый чувственный бред

Совершенно иной механизм возникновения, иной механизм познания и узнавания патологического феномена бывает при остром чувственном бреде. В отличие от бреда толкования, при этом виде бредообразования, как пишет большинство психиатров, нет логической разработки бреда, нет самого факта толкования, рассуждения. Мышление больного как бы спускается на более простой, инфантильный, чувственный уровень. «Что вижу, слышу, то и говорю, как на сердце легло, так с языка и слетело». Врачу-психиатру, любому человеку такой вид бреда более понятен, доступен, эмпатически более приемлем. Больной чем-то напоминает ребенка. Ребенок видит радугу и думает, что она висит на небе на самом деле. Ребенок увидит чучело медведя и может испугаться, оценив и восприняв чучело как реальную угрозу. Отец, играя с ребенком, изображая голосом, выражением лица, движениями повадки волка, может сильно напугать сына, несмотря на то, что он не перестает быть отцом, и в его внешнем виде ничего не изменилось. К. Ясперс писал, что в основе любого чувственного бреда лежит бред значения или его компоненты. Все происходящее имеет особое значение и особый смысл. А.В. Снежневский в своих знаменитых лекциях для иллюстрации острого чувственного бреда приводит знаменитый пример с ямой.

Разрытая яма для больного с острым чувственным бредом означает явную реальную угрозу жизни, самим фактом своего существования являет сиюминутную опасность. Разрытая яма для больного с бредом толкования является одним из многочисленных аргументов в цепочке доказательств системы преследования. Яму специально вырыли сотрудники КГБ, члены мафиозного клана, любовники жены и прочие недруги, чтобы по пути домой наш больной свалился в нее или просто напугался, по принципу: «Знай наших» [62].

Много лет назад в комнату свидания мужского отделения диспансера зашла молоденькая женщина, жена одного «острого» больного. У пациента развивался острый чувственный бред интерметаморфоза.

В числе прочих высказываний тут же на свидании, увидев свою жену в коротенькой летней юбочке и белой блузке, под которой не было лифчика, он начал кричать, что его навещает не жена, а проститутка, которая приняла облик жены, подделала ее прическу, одела ее одежду, но «правду не скроешь, вон стерва вымя развесила». Женщина пришла в ужас. Залилась слезами, закрыла руками грудь: «Митя, Митя, это же я — Света!» Пациента увели в возбуждении. Он шел по коридору и продолжал кричать: «Проститутка, заделалась под жену, даже брови подвела, правду не скроешь, через рубашку ...видно, а юбка...не закрывает». Вместо многоточий нецензурные определения известных частей женского тела. Больной воспринимал комнату свидания, все, что в ней происходило, как розыгрыш, как инсценировку, как спектакль, а главным элементом инсценировки стала его собственная жена, вернее якобы разыгравшая роль жены какая-то мифическая проститутка. Прошла неделя. Во время очередного обхода тихий, спокойный, обычно рассудительный мужчина средних лет, получающий терапию трифтазином по поводу хронического бреда преследования, остановил врача и заговорщическим шепотом сообщил о своих раздумьях в течение недели по поводу увиденного инцидента. Он пришел к выводу, что молодая женщина, по всей вероятности, действительно была не женой нашего больного, а

«подставной» — на самом же деле сотрудницей КГБ, которую специально подослали следить за ним, собеседником врача. Он, этот пациент, в течение 20 лет подвергается преследованиям КГБ за особую теорию выживания в условиях социализма. Он сразу не обратил внимания на женщину, но впоследствии такие признаки, как стройность длинных ног, полуобнаженная грудь, а также совсем другое обстоятельство вызвало у него подозрение. Она принесла в передачке своему якобы мужу не наши яблоки — «антоновку», а импортные, слишком красивые, явно привезенные из-за рубежа. Через неделю упорных размышлений наш собеседник отчетливо понял, что молодая девушка — одна из сотен секретных агентов, продолжающих слежку за ним даже в психиатрическом стационаре. Все это он высказал спокойным, ровным монотонным голосом, его совершенно не интересовало отношение врача к сообщению. Он обосновал логически следующим образом свои выводы.

Чтобы было меньше подозрений, наше КГБ переняло опыт зарубежных шпионских служб и вербует в специальные агенты миловидных девушек с пышными грудью и бедрами. Агенты специально демонстрируют напоказ свои сексапильные прелести, чтобы снять с себя всякие подозрения. Пусть лучше сомневаются в их моральном облике, но не подумают, что это шпионы. Наивным мужиком именовал второй больной первого, «проститутка» — это слишком просто для тайных агентов. А вот яблоки — это прокол, это начальство КГБ в расчет не приняло, и только он — третий калач — раскусил истинную суть подставы.

Закончив речь, он повернулся и ушел в другой конец коридора. Устами второго больного не только толковался случай в комнате свидания, не только вербализировался интерпретативный бред, но и давалась почти патогенетическая оценка бредообразования чувственного — как наивного творчества, как слишком простого и очень для него (и не только для него) понятного. И так, один и тот же факт, одно и то же событие жизни получало различное психопатологическое оформление. Первый больной немедленно, тут же, по ходу восприятия реально существующей в действительности женщины (его собственной жены), без какой-либо интеллектуальной переработки, логического обоснования, *ex tempore*, продуцирует бредовую оценку увиденного, входящую составной частью в один из симптомов острого чувственного бреда — симптом Фреголи (бред двойника, в данном случае отрицательного). Второй больной, увидев то же самое, оценивая те же самые чувственные впечатления и восприятие реально существующей женщины, разрабатывает логически безупречную систему доказательства шпионской сущности привлекательной девушки. Его логика, кстати, почти ничем не отличается от логики сталинских трибуналов, которые могли приклеить ярлык американского шпиона студенту, который для углубленного изучения английского языка переводил Джека Лондона в подлиннике. Разница, с точки зрения аргументации шпионской деятельности, между импортным яблоком и импортной книгой минимальная. Это означает, что только по содержанию, только по объективному признаку больной душевной жизни — сути содержания бредовой идеи, невозможно убедительно доказать болезненную природу умозаключения. Мы уже затронули один из видов острого чувственного бреда, но симптом Фреголи является одним из частных случаев синдрома Капгра, описанного в 1923 г. При нем отмечаются нарушения узнавания, определения, идентификации людей. Больной не узнает близких, родных, знакомых, принимает их за двойников или загримированных под них подставных лиц, что носит название бреда отрицательного двойника. В других случаях незнакомых людей больной воспринимает как известных, знакомых ему (бред положительного двойника). В 1979 г. Н.Г. Шумский представил четыре варианта синдрома Капгра: 1) иллюзорная форма ложного узнавания; 2) иллюзорно-бредовая; 3) бредовая форма (именно к этому варианту относятся бред двойника и симптом Фреголи); 4) ложные узнавания с бредом и сенсорными нарушениями. К этому варианту автор относил и бред интерметаморфозы Курбо-на-Тюска—Домезона. В 1976 г. В.Н. Краснов описал симптом ретроспективных нарушений узнавания, при котором ложное опознание формируется через некоторое время после визуального контакта с ложно опознаваемым лицом - больной ретроспективно утверждает, что когда-то им виденный человек был ему знаком, или, наоборот, под видом знакомого человека или родственника предстал совершенно незнакомый человек. Нетрудно заметить, что в данном случае речь идет о ретроспективном, отставленном во времени каком-либо варианте симптомов положительного или отрицательного двойника.

Синдром Капгра. Бред ревности

В состав синдрома Капгра входит еще один симптом мертвецов и уродов Э.Ф. Лаврецкой, описанный в 1970 г. Этот симптом проявляется в узнавании в окружающих людях давно умерших людей («людей с того света»). При

симптоме «уродов» лица окружающих людей воспринимаются как уродливые, искаженные, плоские, разноугольные [9].

Острый чувственный бред чаще всего является очевидно ненормальным интеллектуальным творчеством. Не нужно быть семи пядей во лбу, чтобы, наблюдая только что описанную сцену в комнате свиданий, не понять, что перед нами явно больной человек. Чем определяется эта очевидность болезненного происхождения чувственного бреда? Мы видим перед собой человека с нашего берега, такого же, как мы сами, но продуцирующего явно нелепые суждения, явно и очевидно несоответствующие действительности умозаключения. В случае же с бредом толкования мы встречаемся с продуктом творчества, логически упорядоченным, обоснованным, не являющимся очевидно болезненным, но носитель его — представитель инобытия, живущий на «ином берегу», куда нет нам доступа. Конечно, в жизни с ее переплетениями редко встречается чистый чувственный или чисто интерпретативный бред. Нос учебной целью мы рассмотрим типичные варианты того и другого. Как пример сосуществования и интерпретативного, и чувственного бреда рассмотрим письменные заявления одной пациентки. В них отражается многолетний бред физического воздействия, в который вкрапливаются элементы и интерпретативного, и чувственного, и галлюцинаторного бреда.

Из заявления больной З.Ф., обращенного к начальнику бюро судебно-медицинской экспертизы: «Сегодня ночью врач-психиатр вместе с психологом не давали спать и чистили боковую извилину. Они меня мучают и не дают спать. Врач-психиатр кладет грязь на голову, на лицо, в рот. Я задыхаюсь, рана на боковой извилине слабеет, потому что она находится под лучом 24 часа. Врач-психиатр вместе с психологом убирают с боковой извилины шпионскую сетку — грибки, черви, грязь. Боковая извилина находится под круглосуточным наблюдением врача-психиатра. 8 ноября я хотела сделать экспертизу боковой извилины. Когда дошла до ворот рынка, услышала шепот психолога: «Вернись домой, возьми амбулаторную карту». Я поднялась к себе, взяла амбулаторную карту. Эксперт не стал делать экспертизу. С боковой извилиной, сказал он, нужно обращаться к начальнику. Я села в автобус с сумочкой и амбулаторной картой. Какой-то мужик толкнул меня в бок. Когда я вышла из автобуса, у меня не оказалось сумочки. Я встала на остановке и дождалась того же самого автобуса, но он проехал мимо меня на большой скорости. И тогда я поняла, что он специально быстро ехал, что меня специально обворовали в автобусе, чтобы не чистить боковую извилину.

В этом примере мы видим, как в структуру галлюцинаторного бреда (по механизму преимущественно чувственного) вписывается элемент интерпретативного бреда, и незначительный эпизод реальной жизни трактуется как часть системы воздействия и преследования со стороны психиатра, постоянно манипулирующего на ее боковой извилине.

Особый вариант бредообразования, не являющийся ни интерпретативным, ни галлюцинаторным, был описан в 1914 г. Дюпре и Логра и назван ими бредом воображения. Авторы считали этот бред результатом вымысла, и он проистекал из склонности личности больного к фантазированию. Они считали, что бред возникал остро,

по интуиции, озарению, вдохновению. Возникновению бреда, по мнению авторов, способствовала мифоманическая конституция. При этом типе бреда нет нарушений памяти, нет галлюцинаций, психосенсорных нарушений. Характерны ясность сознания и полная ориентировка в окружающей ситуации. Согласно современным воззрениям бред воображения входит в парафренный синдром. Иногда ему даются названия «имажинативный бред», «фабуляторный бред», «бред представления». Говоря о различных по содержанию видах бреда, мы вынуждены констатировать невозможность изучения в рамках этих бесед всех видов бреда и бредообразования. В «Толковом словаре психиатрических терминов» Блейхера—Крука приводятся описания 89 видов бреда. Мы попробуем описать и осознать только основные, наиболее часто встречающиеся и значимые в практике врача-психиатра.

Мы уже немного поговорили о бреде ревности. Сейчас рассмотрим бред изобретательства - интерпретативный бред, содержанием которого является утверждение в осуществлении открытия или изобретения. Чаще всего он начинается как сверхценная идея, постепенно перерастающая в бредовую. Среди психически больных немало умных и одаренных людей. Некоторые из них занимаются рационализаторством и изобретательством. Могут ли у них быть реальные изобретения и открытия? Несомненно. В какой же момент искренняя убежденность в важности своего творчества перерастает в болезненную идею? Обязательно ли мы должны при анализе случая подвергать сомнению сам факт изобретения? Мы уже писали об одном случае, но здесь уместно повторить.

Мы со студентами делаем обход. На одной из коек лежит средних лет импозантный мужчина. Бодро встав с постели, он начинает заявлять, что находится здесь зря, что он здоров, что вместо заслуженной славы он заточен в «дурдом». Говорит, что он совершил большое открытие в области металлообработки и что его достижения отмечены дипломами Всесоюзного патентного бюро. Мы вступаем в диалог с пациентом, затем обращаемся к молодым коллегам, иллюстрируя основные признаки бреда, а оппонент вытаскивает из-под матраса три диплома Патентного бюро СССР. Далее — немая сцена.

Это был второй в нашей работе случай почти полного соответствия содержания бреда имеющемуся в действительности реальному факту. О первом случае поговорим чуть позднее, при разговоре об ипохондрическом бреде. Итак, означает ли наличие дипломов, реально подтверждающих сам факт изобретения или открытия, констатацию ошибочности диагностики бреда? Отнюдь, нет. Это означает другое - так называемые объективные признаки психического расстройства, к которым относится содержание бреда, совсем не гарантируют объективность и истинность вывода врача, а говорят только о том, что они не являются внутренними переживаниями пациента, а наблюдаются объективно, со стороны наблюдателя. Дело совсем не в том, изобрел или нет пациент что-то, совершил или нет открытие. Дело в том, какое место в его сознании занимает реальное или мнимое открытие, как он сам к нему относится, каковой является личность первооткрывателя. И вот здесь вновь, в очередной раз вернемся к понятию аподиктичности истины. Из истории философии известно, что в теории познания, или гносеологии, в течение трех тысячелетий разрабатывался вопрос о достоверности получаемых человеком знаний. Опуская этот многовековой путь, резюмируем и скажем, что крупнейшими вехами мировой гносеологической мысли явились Р. Декарт, И. Кант и Э. Гуссерль. Все они утверждали, хотя каждый по-своему, что истина, добываемая человеческим умом, всегда проблематична, как и существование всех трансцендентальных объектов, кроме трансцендентального «я». Говоря простым, обыденным языком, человек должен всегда подвергать сомнению добываемые им знания, что и делали величайшие представители человечества. Они подвергали сомнению добытую человечеством истину, ставили перед собой ту или иную проблемную задачу, а затем искали аргументы для обоснования собственной гипотезы, которую также подвергали сомнению, и именно для устранения сомнения в собственной правоте находили доказательство собственной теоремы.

Бред изобретательства и бред преследования

Больной с бредом изобретательства не ставит перед собой проблемной задачи, не ищет аргументов для доказательства собственной теоремы или открытия, независимо от того, имеются у него патенты или речь идет о совершенно нелепом «открытии», вроде вскармливания баранов на городских газонах с целью получения мяса для жителей городов (много лет назад комиссия ЦК КПСС приезжала проверять жалобу одного нашего пациента, предложившего такой способ решения продовольственной проблемы страны). В отличие от гениев мировой философии и многих миллионов простых людей, оставляющих какую-то долю сомнения в отношении любых добытых ими знаний и истин, наш изобретатель изначально, априорно утверждает и считает, что он добыл аподиктическую истину, что она абсолютно достоверна, что это есть аксиома, и она не подлежит ни доказательству, ни обсуждению. Те патенты, которые он достал из-под матраса, он демонстрировал не себе, а нам: «Отвяжитесь, вы хотели убедиться, читайте, а мне и без патентов ясно, что я прав!» Именно своей, по его мнению, божественной абсолютизацией истины он и отличается от нас. Именно принятием на себя принципиально невозможной миссии носителя аподиктической истины, а не в связи с содержанием этой истины, он является жителем инобытия. Бред изобретательства при всей импозантности этого названия отнюдь не безопасен.

В нашей стране известен случай, когда пациент, страдающий этим видом бреда, отрезал голову академику и поставил ее на письменный стол академика, так как тот, видите ли, вздумал доказывать ему — носителю абсолютной истины — абсурдность его открытия.

Пожалуй, самый частый вид бреда — **бред преследования**. Он может быть интерпретативным, острым чувственным, галлюцинаторным (т.е. возникающим вследствие галлюцинаций или псевдогаллюцинаций и точно отражающим переживаемые расстройства восприятия). Содержание бреда преследования очень разнообразное. Преследовать больного, по его мнению, могут бандиты, мафия, КГБ и ФСБ, ЦРУ, любовники жены, сотрудники по работе, соседи по лестничной клетке или по саду-огороду. Не имеет значения, кто

«преследует» больного, важно, что главным переживанием при бреде преследования являются сначала страх и тревога за свою жизнь, жизнь близких людей, а потом, по мере возрастания уверенности, по мере аксиоматизации своего бредового знания, перерождение преследуемого в преследователя.

Бред преследования и бред толкования

При интерпретативном бреде преследования больной в течение многих лет создает в своем болезненном воображении подчас очень разветвленную систему слежки, подготовки к якобы неминуемому убийству, разрабатывает способы защиты от мнимых преследователей, создает особые условия жизни, инкапсулируя себя нередко в раковину из пуленепробиваемого стекла, бетона, стали. Но наступает такой момент в динамике бреда преследования, когда больной, как бабочка, покидает свою куколку, свою раковину, свою материализованную крепость, оставляет и свою душевную защиту и выходит на «тропу войны», избирая нападение лучшим способом защиты. Раньше чаще, а в последние годы все реже мы наблюдаем парафренизацию бреда преследования, когда у пациента постепенно возникает убежденность в особом мотиве преследования — уничтожении особо значимой личности — мессии, реформатора, пассионария, каковым, по мнению этого больного, «на самом деле» являлся он сам. И далее происходит постепенное перерастание персикуторного бреда в бред величия, иллюстрируя описанный еще во второй половине XIX века Дж. Маньяном стереотип развития бредового расстройств. С тем же содержанием, но иным механизмом возникновения обнаруживает себя острый чувственный бред преследования. Так же точно кто угодно может в сознании больного стать врагом и преследователем. Но, вчитываясь в многочисленные описания этого вида бреда, беседуя с больными, ощущаешь всеми фибрами души понятность, близость, легкую узнаваемость этого психического расстройства. Мы чрезвычайно легко можем транспонироваться в ситуацию и в сознание больного человека, представив себе, что это не он, а мы сами сидим в уютном купе поезда дальнего следования. Что-то подозрительное есть в чисто выбритом лице молодого военного, в купе возникает гнетущая атмосфера тревоги, с каждым постукиванием колес о рельсы тревога усиливается. Открывается купе, проводница вносит поднос с чаем и слегка подмигивает военному. Вот он — знак! Мы поняли, мы сразу и мгновенно оценили тайную игру замаскировавшихся бандитов и мошенников. Это же банда поездных воров. Сейчас эти двое начнут потрошить наши чемоданы и наши животы. Нужно немедленно защищаться, промедление смерти подобно. Вот оно — оружие защиты. Ложечка в стакане с чаем. Ею можно пропороть шею врагу или выбить глаз.... Именно так развивается острый дорожный параноид, самый яркий пример острого чувственного бреда преследования.

Следующий вид бреда, который мы рассмотрим, выделяемый по своему содержанию, - эротический бред. Много лет мы встречались только с интерпретативным, систематизированным вариантом этого бреда - убеждением в эротической, сексуальной влюбленности кого-либо в больного. В этих беседах приведем пример и острого чувственного бреда данного содержания. Сначала - вариант интерпретативного эротического бреда.

Девушка 19 лет, учащаяся профтехучилища, заболевшая в 17 лет психическим заболеванием, на протяжении двух лет (как выяснилось впоследствии) постепенно осознавала, что преподаватель училища, 43-летний мужчина, влюблен в нее и только семейные обстоятельства этого человека препятствуют ее счастью. Она замечала особые взгляды, изменение походки преподавателя в присутствии нашей пациентки, ношение необычных рубашек, обуви. Даже портфель был у него не такой, как у всех, и он почему-то старался открыть его и что-нибудь вытащить только в ее присутствии. На наш вопрос, как она знает, открывал ли он портфель в ее отсутствие, ведь у нее нет постоянной видеосъемки его обращения со своим портфелем, она отвечала коротко и ясно: «Знаю». Один из решающих, с ее точки зрения, аргументов сводился к тому, что учитель сказал как-то раз на уроке: «Ну, что, милочка...» И хотя так он называл многих учащихся-девушек, ей эти слова он сказал особо ласковым задушевым тоном. Через два года после начала болезни, твердо убедившись в любви своего преподавателя, она пришла в подъезд дома, где проживал учитель, села на ступеньку лестницы и стала ждать жену своего «принца». Та появилась с двумя детьми, уже ближе к вечеру. Пациентка заявила ей твердо и веско, что она и муж этой женщины любят друг друга, если им будут мешать, она убьет и жену своего

возлюбленного, и его детей. Наутро преподаватель с бледным лицом появился в кабинете главного врача ПНД с воплем о помощи. Он сообщил, что даже не может вспомнить, как внешне выглядит эта ученица, у него их несколько десятков, он продолжал искренне убеждать в том, что между ним и его ученицей ничего нет и не было.

Это был пример **брета толкования**. Больная интерпретировала действия, поступки, взгляды, слова, намеки своего мнимого воздыхателя, создавая из этих интерпретаций длинную цепь аргументов, доказывающих аксиому ее собственного изготовления: «Он меня любит».

Недавно у нас в стационаре побывал юноша, у которого был выявлен **острый чувственный эротический бред**.

В первый день болезни ему показалось, что классный руководитель не так, как обычно, вела себя с ним. Она под села к нему, была ласкова, пыталась говорить с ним, и ему показалось, что она его «хочет». Через пару дней появилась тревога, учителя вели себя по отношению к нему странно. Классный руководитель снова была ласковая, учительница физики на уроке сказала ему: «Подойдешь после уроков, я тебе дам все!» По взгляду учительницы химии понял, что она его «хочет». Учительница иностранного языка, увидев, что он пишет карандашом, предложила ему ручку с таким видом, что была просто сексуально возбуждена. Понял, что все учителя сексуально возбуждены и «хотят» его. На следующий день, когда его, молчащего, привели к директору, директриса предложила стакан воды и таблетку аспирина. Тут же понял, что она взамен желает, чтобы он ее «поимел» (пример из истории болезни 2005 г.).

В основе развития этого острого чувственного бреда стоит восприятие событий как инсценировки, сиюминутная оценка значения любого происходящего действия, любого появляющегося в поле зрения пациента человека. Нет никакой логической разработки. Учительница протянула ручку — это знак, это особое значение. Стакан воды и таблетка аспирина — это знак, обозначение сексуального желания.

Бред физического воздействия и бред психического воздействия

Бред физического воздействия - один из частых видов бреда у больных шизофренией, как правило, сочетающийся с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами. На примере этого вида бреда мы попытаемся рассмотреть еще одно положение из «Общей психопатологии» К. Ясперса - «среду существования души». Итак, под бредом физического воздействия обычно понимают убежденность больного в воздействии на него особого вида физических сил - электричества, магнетизма, гамма- и рентгеноизлучения, других особых полей, плазмы, ядерно-магнитного поля и т.д. Чем более взрослым становилось человечество, чем больше разновидностей электромагнитных полей наука узнавала, тем более богатым становился бред физического воздействия.

Одна наша пациентка, заболевание у которой манифестировало двадцать лет назад паранойальным сверхценным бредом преследования, в течение последних 5—7 лет утверждает, что к сообществу ее преследователей присоединились соседи по подъезду, живущие этажом ниже. Она постоянно ощущает, как из-под пола с помощью воздействия особым электрическим полем, соседи вызывают разнообразные неприятные ощущения в теле (сенсорные автоматизмы), действуют ей на мозг, внутренние органы, она ощущает волны и разряды, перетекающие вдоль позвоночника, покалывание во всем теле. С целью защиты от этого воздействия она закрыла весь пол толстыми резиновыми ковриками, такими, какими устлана беговая дорожка на стадионах. Она надевает на голову резиновую шапочку, в каких плавают в бассейнах, изготовила себе специальный резиновый лифчик и надевает его, чтобы обезопасить грудь от воздействия электрического поля.

Вот этот особый мир, защищающий, по ее мнению, от воздействия чужеродной враждебной силы, и есть среда существования ее болезненной души. Она сама создавала себе этот мир, сама упаковывала свое тело в эту резиновую оболочку. Почему мы должны изучать эту среду обитания души? Не для подтверждения содержания бреда — оно и так нам известно! Особенности этой упаковки, особенности среды существования больного человека будут свидетельствовать о глубине болезненного расстройства, о глубине вживания больного в свое бредовое инобытие.

Очень близко к бреду физического воздействия примыкает **бред психического воздействия** — убеждение больного в воздействии на него особой психической силы — гипноза, телепатии, экстрасенсорного воздействия, биополя и т.д. Современное общественное сознание, переполненное парапсихологической бредятиной, дает бесконечное количество примеров для построения данного вида бреда. Если раньше это был в основном гипноз, то сейчас — третий глаз, кармическое воздействие, моральный вампиризм, телепатическая связь, космический

разум, «единое мозговое энергетическое пространство», телепортация и т.д. Нередко больные начинают свой путь с занятий в сектах, сообществах парапсихологической направленности, десятках групп психического самосовершенствования. Поднабравшись интеллектуального строительного материала (правильнее сказать, мусора), они выходят из сект созревшими для построения собственной бредовой идеи особого психического воздействия. Чаще это воздействие враждебной силы на больного, но бывают случаи, когда больные утверждают, что сами обладают особой психической силой и воздействуют на других людей и весь мир. Лет десять назад к нам обратились отец с сыном, у которых почти одновременно манифестировал психоз с однотипным бредообразованием, так называемым конформным бредом. Они утверждали, что, посещая занятия мага и чародея, экстрасенса международного класса, некоего Ч., стали испытывать прямое воздействие его психического поля на свой организм. Сначала они не придали значение, что имеется связь между расстройством кишечника (поносом), возникшим у них одновременно, и занятиями в школе экстрасенсорики. (Понос послужил сверхценным «курком, выстрелившим» очень кратковременным эпизодом псевдосверхценного бредообразования, довольно быстро перешедшим в интерпретативный бред психического воздействия.) Думаю, что скорость перерастания псевдосверхценного бреда в полномасштабный бред психического воздействия объяснялась патогенетическим действием императивной психотерапии, которой в той или иной степени пользуются любые «новые» Калиостро. Спустя несколько месяцев отец и сын одновременно стали заявлять, что этот экстрасенс воздействовал на них своим биополем и психической энергией в качестве мести за отказ предоставить для проживания свою квартиру. У сына к тому времени развился еще дисморфоманический бред (о нем речь впереди), а отец пытался разоблачить человека-психогенератора, но тот «почему-то все отрицал».

Конформный бред

Конформный бред был описан в 1932 г. В. Байером как похожий по содержанию и форме на систематизированный интерпретативный бред, развивающийся у двух или нескольких совместно живущих и близких друг другу людей. Чем отличался в описании Байера этот вид бреда от индуцированного? Именно тем, что все носители бреда были психически больными. Вместе с тем некий налет психогенности имеет место быть. Больные, как писал автор, бредовым образом противопоставляли себя всему окружающему миру не как отдельные индивидуальности, а как своеобразная группа. Это было отступление от бреда физического и психического воздействия, а сейчас продолжим разговор об этом виде бреда.

Вот еще один пример сочетания бреда физического и психического воздействия. Пациентка на приеме в школе молодого психиатра в ноябре 2005г. Из истории своей жизни сообщила, что еще в возрасте 21 года к ней приходила какая-то девушка, что-то подкинула и навела порчу (это она поняла через двадцать лет). В возрасте 30 лет начала ощущать колпак, который окружал ее и изолировал от людей, что-то не складывалось в отношениях с людьми. В начале девяностых годов она поступила учиться в университет Махариши, где обучалась ведическим наукам, которые являлись самыми чистыми и совершенными. Обучаясь на 1-м курсе этого университета, вылечила своего брата, болевшего раком IV стадии с метастазами в позвоночник, после чего он прожил еще 11 лет. Десять лет назад познакомилась с экстрасенсом Долгиревым, который стал обучать ее экстрасенсорике, а затем превратился в энергетического вампира.

Психическое состояние на консилиумном разборе: сознание не помрачено, правильно называет себя, знает место своего пребывания, текущую дату. Соглашается на беседу в присутствии нескольких врачей и психологов. На вопросы отвечает спокойно, лишь периодически сопровождая свои ответы энергичной жестикуляцией, являющейся своеобразными пассажами и движениями, «изгоняющими», по ее мнению, черную энергию. Сообщает, что экстрасенс Долгирев уже более десяти лет осуществляет энергетический вампиризм по отношению к ней путем высасывания энергии, внедрения ей в голову своих мыслей и своей речи. Долгирев, по ее мнению, использует биополе, телепатию, космическую энергию и через различные чакры на ее теле действует на ее настроение, психику, различные органы тела. Уверена, что он занимается с нею сексом через астральное тело, при этом лежит у себя дома на диване, совершая различные вибрации и движения, а через нижнюю чакру его воздействия передаются на нее, вызывают пульсацию внизу живота, половое возбуждение и оргазм. Через верхнюю, горловую чакру, он передает и внедряет в ее мозг свои мысли, приказы и видения. Ей показывают различные яркие цветные картины — гробы с дырами, львов, которые на каком-то острове охотились на людей. Видела, как какая-то женщина пришла на этот остров, увела людей от львов, и сверху начал струиться свет.

Через сердечную чакру Долгирев вызывает у нее чувство влюбленности. Этот же вампир накидывал на нее бесов, а она их сбрасывала. При этом все происходило внутри ее головы. Сообщает, что у нее дома десять кошек и котов, пять белых, пять черных, которые являются противодействием астральным телам и черной магии. Будучи на работе, по ее словам, почувствовала огненную энергию, начала чистить светлый огонь и изгонять все плохое. Начала кричать: «Изыди сатана, изыди, изыди», — чем напугала коллег по работе, и те вызвали «скорую помощь». Неоднократно на протяжении беседы демонстрирует изгнание черной энергии, стряхивая что-то с себя, совершая весьма вычурные и выразительные движения. Закрытие глаз объясняет приказом Долгирева, голос которого сопровождал всю беседу с врачами.

Учитывая обнаруженные при данном осмотре проявления психического расстройства, комиссия приходит к выводу о наличии у больной хронического психического заболевания — шизофрении, приступообразно-прогредиентной, с мягким, медленно-прогредиентным темпом развития параноидной симптоматики, манифестирующей бредовой идеей порчи и колдовства, переросшей постепенно в бредовые идеи физического и психического воздействия с полным комплексом всех видов автоматизмов — идеаторных (телепатия, экстрасенсорное воздействие, передача мыслей и слов), сенсорных (насильственное вызывание различных ощущений в теле — вибрации, прилив крови, половое возбуждение), кинестетических (овладение и руководство движениями конечностей, всего тела). Таким образом, у больной выявляется синдром Кандинского—Клерамбо, сочетающий бред физического и психического воздействия, все виды автоматизмов, а также зрительные и вербальные псевдогаллюцинации. В анамнезе прослеживаются редуцированные онейроидоподобные переживания. Они отличаются конкретностью, образностью, живостью, яркостью, проработанностью деталей, сопровождаются массивными и объемными псевдогаллюцинаторными переживаниями, относятся непосредственно только к ней одной, что и отличает феномены ее психического состояния от суеверий и заблуждений, бытующих в этнокультуральной среде в последние годы. Здесь уместно будет вспомнить, что такое вера и чем она отличается от бреда. Как утверждает в одной из лучших монографий о вере («Психология веры», Р.М. Грановская), вера есть способность человеческой души признавать истину, несмотря на отсутствие доказательств, она позволяет выйти за пределы индивидуальных возможностей отдельного человека. «В основе потребности веры лежит врожденное стремление человека к самораспространению (самотрансценденции) за пределы своих возможностей и достоверного знания» [20].

Вера в телепатию, в биосенсорику, в карму, в космический разум помогает человеку преодолеть конечность своего существования, ограниченные возможности своего разума, ибо она не требует доказательств. Бред воздействия оперирует конкретными «фактами», не верой в гипотетические факты, а случившимися уже, якобы произошедшими событиями, имеющими отношение не вообще к способностям и возможностям человека, а к событиям, доказательно, с точки зрения больного, убеждающим его и всех окружающих лиц в уже случившейся реальности событий, в реальности причин, вызвавших эти события, и в правильности их толкования больным.

Бред физического и психического воздействия является составной частью самого сложного и самого важного синдрома в психопатологии шизофрении — синдрома Кандинского—Клерамбо. Оба бреда несут функцию интеллектуального оформления чрезвычайно сложных, необычных для понимания самим больным феноменов - автоматизмов и псевдогаллюцинаций. С помощью интеллектуальной бредовой переработки пациент сам себе и всему миру объясняет источник появления этих феноменов. Но об этом поговорим далее.

Бред. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Голотимический и кататимический бред

В этой главе будет идти речь о двух видах бреда, которые не являются самостоятельными, а больше похожи на сборные группы.

Голотимический и кататимический бред. Сначала попытаемся понять, что такое голо- и кататимия. Это слова греческого происхождения. Голотимия - преобладающее настроение, господствующее настроение. В данном случае подразумевается настроение, аффективное состояние, устойчивое на протяжении длительного времени — дней, недель, подчас месяцев. Кататимия — это искажение любых психических процессов, в том числе мышления, восприятия, внимания, воспоминания под влиянием сильных эмоций или аффекта. Подразумеваются, опять же, не очень длительные, кратковременные, бурно протекающие эмоции, чаще всего

реактивно обусловленные. Давайте вспомним Отелло. Хотя некоторые литературоведы убеждают, что он не был ревнив, а был доверчив, в мировую культуру он вошел олицетворением ревности (синдром Отелло означает, как известно, бред ревности). Итак, при наличии, на взгляд Отелло, реального соперника ему подкидывают известный платок Дездемоны, явившийся последней каплей в доказательстве измены любимой женщины. Мавр под влиянием бурных чувств душил жену. Если бы зрители имели возможность из текста Шекспира узнать о наличии бреда ревности у Отелло, то такой бред назывался бы кататимическим. Как психиатры, да и как обычные обыватели, про такой бред мы бы сразу сказали, что одним из главных его качеств является понятность, эмпатичность бреда. Мы сочувствуем и сопереживаем ревнивцу, нам очень понятны его бурные чувства и искаженные в результате этих чувств эмоции. Мы, транспонируя его переживания в свою собственную душу, легко бы вчувствовались в них.

Приведем пример из жизни кататимического бредообразования иного содержания.

Лет двадцать назад молодой человек астенического телосложения, с чертами сенситивной, легко внушаемой личности обратился за помощью по поводу очередного недомогания к терапевту. Ему были назначены инъекции глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно. Медицинская сестра ввела лекарство мимо вены, и у парня образовался опухолевидный инфильтрат в области локтевого сгиба. Через два дня он пришел к другой медсестре, которая за неделю до этого окончила училище и решила блеснуть выдающимися знаниями. Посмотрев инфильтрат, она, вместо наложения банальной повязки с мазью Вишневского, заявила молодому человеку, что ему необходимо обратиться в онкологический диспансер, так как опухолевидное образование ей очень не нравится. Парень, сильно перепугавшись, тут же побежал в диспансер, который находился во дворе той же больницы. В очереди к онкологу стояло больше десятка больных. Некоторые выглядели неплохо, другие же были измождены болезнью, лица их были бледны, движения медленны. Наслушавшись от онкологических больных немало страшных историй, он обратился к одной бабуле и показал ей свою руку. Бабуля заохала, заохала, погладила «внучка» по головке и решила его успокоить, сказала, что при таком «раке» могут только руку отнять, но он еще поживет. Будучи сенситивной и легковнушаемой личностью, он тут же полностью уверовал, что у него рак, что жить ему осталось всего ничего, что «чем так мучиться, лучше сразу уйти из жизни». Через пару часов он повесился на чердаке собственного дома, откуда его, еще живого, сняли соседские пацаны.

Учитывая то, что в течение нескольких недель он упорно отстаивал версию рака, был в подавленном настроении и в страхе взирал на каждого вновь приходящего медицинского работника (а психиатры постепенно разубеждали его), можно считать, что у сенситивной личности после ятрогенного воздействия медицинского работника, вследствие сильной, остро появившейся эмоции, включающей страх, тревогу и подавленность, развился реактивно обусловленный с элементами сверхценного, ипохондрический бред со всеми чертами кататимного.

Самый простой пример голотимного бреда — бред самообвинения при тяжелой эндогенной депрессии. В отличие от эмоций Отелло или нашего молодого человека, эндогенная депрессия — устойчивое, длительное и интенсивное эмоциональное образование. На ее фоне в силу глубокого депрессивного аффекта у больной формируется бред, в котором она обвиняет себя в несуществующих грехах и вине.

Наша пациентка с приступом маниакально-депрессивного психоза (МДП) заявляла, что виновна в болезни младшей дочери, у которой был поставлен диагноз: детский церебральный паралич (ДЦП), так как неправильно тужилась в родах, виновна в том, что муж оставил ее, что ее собственная мать умерла раньше срока из-за ее «плохого поведения». Она постоянно твердила о своей вине и сопровождала свои высказывания выводом об обязательном для нее самоубийстве как выходе из ситуации.

Ипохондрический бред. Убеждение больного в том, что он болен каким-либо неизлечимым, тяжелым, смертельно опасным заболеванием, меняется в своем содержании от века в век, от десятилетия в десятилетие в зависимости от того, какие болезни в данный исторический момент вызывают у населения наибольшую тревогу и страх. Чаще всего начало формирования ипохондрического бреда происходит по механизму сверхценного бредообразования (вернее, псевдосверхценного). Механизмы бредообразования те же самые, различие лишь в том, что главными врагами больных становятся врачи и медицинские работники, не соглашающиеся с наличием несуществующего заболевания. Приведем три примера, интересные еще тем, что во всех трех случаях наряду с бредом, толкующем о мнимом заболевании, это самое заболевание имеется, упраздняя, таким образом, один из признаков бреда — несоответствие содержания умозаключения существующей реальности. Мы обычно говорим, что высказывания об измене супруга или преследовании со стороны мафии, или о наличии рака или СПИДа не

соответствуют действительности, чем и характеризуется бред. Ясперс одним из первых указал, что имеются случаи, когда этот критерий не работает, во всяком случае он вовсе не главный.

Итак, женщина средних лет спустя несколько месяцев после оперативного вмешательства была извещена, что в крови обнаружен вирус гепатита С. Она тут же обвинила больницу и медиков, делавших операцию, в заражении ее гепатитом. Признаков болезни не находили в течение нескольких лет. Но больная с упорством настаивала на проведении «хорошего» лечения, находила у себя все больше и больше признаков гепатита. Ее обследовали в инфекционной больнице, ее консультировал специально вызванный из Казани американский профессор, который в те дни проводил в городе семинар, но никто не мог найти признаков гепатита. Она уехала на родину в Нижегородскую область, где у нее развился приступ острого чувственного бреда с галлюцинаторными расстройствами, и она убила родную мать топором, так как на тот момент считала ее колдуньей, мешающей ей нормально жить. После самокупирования приступа у нее появилась критика к перенесенному приступу, но убеждение в наличии гепатита С не исчезло, она продолжала настаивать на лечении этого заболевания, которое подтверждалось диагностическими тестами, но не имело клинических проявлений.

В этом случае мы имели непрерывно текущее псевдосверхценное бредообразование, перешедшее в ипохондрический бред, на фоне которого остро развивается приступ иной структуры, иного регистра. Любопытно, что к острому чувственному бреду как к «инородному» элементу у больной появляется критика, а к «родному», логически обоснованному и «доказанному» параклиническими методами утверждению о гепатите С критики не появилось, упорство только усилилось, личность «утонула», растворилась в бездне паранойяльного бреда.

Канцеромания и шизофреномания

Второе наблюдение касается больной с канцероманией, которой пожилая женщина страдала пятнадцать лет. Она утверждала, что больна раком желудка. Через пятнадцать лет после начала заболевания она умерла от рака печени. Значит ли это, что у нее не было канцеромании? Любопытный случай мы наблюдали в 1975—1978 гг., когда лечили женщину с субкататоническими расстройствами и бредом ипохондрического содержания — шизофреноманией.

Она утверждала, что больна шизофренией, а поскольку работала медицинской сестрой, считала себя особо грамотным в медицине человеком и убедительно доказывала наличие у себя шизофрении. При этом говорила с налетом легкомысленного, почти ироничного отношения к тяжелому психическому заболеванию. У нее действительно диагностировался шуб (приступ) заболевания с наличием специфических нарушений мышления, субдепрессивными расстройствами и ипохондрическим бредом. Она же основным проявлением заболевания считала кривошею, которая держалась несколько месяцев.

Снова спрашиваем себя, означало ли наличие заболевания, именуемого **больной** именно так, как оно было записано в истории болезни, отсутствие ипохондрического бреда? Чтобы ответить на данный вопрос, мы должны вспомнить замечание Ясперса о значении феноменологии как подготовительного этапа построения психиатрии. По мнению ученого, феноменология нужна в том числе и для того, чтобы мы одинаково понимали термины и названия, существующие в психиатрии. То же самое относится и к различному пониманию нозологических определений. Врач и больной понимают под одним и тем же определением и названием болезни разные вещи. Разное исходное содержание они вкладывают и в клинику заболевания. Таким образом, получается, что содержание бреда само по себе не то чтобы совсем ничего не значит, но не является облигатным признаком бреда, независимо от того, соответствует это содержание действительности или нет. В итоге получается три варианта рассмотрения вопроса об объективном признаке бреда — его содержании. Во-первых, это случай, когда имеется несоответствие содержания бредовых высказываний существующей реальности. В этих случаях содержание — один из признаков бреда, объективно регистрируемый психиатром через рассказ больного, самописание или беседу с пациентом. Во-вторых, это случай, когда имеется соответствие конечной формулы бредового умозаключения итоговой оценке реального события или факта, но внутри цепочки доказательств в самом содержании и раскрытии умозаключения мы обнаруживаем несоответствие промежуточных выводов событиям и фактам реальности. Это наши случаи с гепатитом С, канцероманией и шизофреноманией. В них можно опознать логические ошибки, подмены тезиса и аргумента, установление причинно-следственных связей там, где их нет, а имеется только временная последовательность — «после того, как». И наконец в-третьих,

случаи, когда имеется полное совпадение фабулы бреда, конечных формулировок, умозаключений и действительных событий или явлений, а бред, между тем, имеет место. Вот в этих случаях полностью перестает действовать критерий «объективного» несоответствия бредовых суждений самой реальности, и на арену выходит иная, на наш взгляд, истинная суть бреда — аподиктическая, абсолютная убежденность, владение абсолютной истиной, бредовое инобытие больного как носителя абсолютной истины. С помощью этих бесед, отличающихся от академического пособия, мы должны учиться размышлять, искать свой собственный путь познания истины. Химику для работы нужна лаборатория, врачу любой иной специальности - вспомогательные методы исследования. Только психиатр вынужден основывать диагностический процесс, полагаясь преимущественно на свой собственный разум. Этого невозможно добиться без тщательного обдумывания сути каждого феномена психической болезни. Поэтому-то мы так долго описываем бред с различных исходных позиций и разных точек зрения.

Наиболее важной особенностью одного нашего наблюдения и исследуемого психического состояния у больного Ивана Б., 17 лет, является наличие в его статусе особого отношения к своему состоянию, своим психическим нарушениям и заболеванию в целом, что нельзя назвать иначе, как псевдокритическим.

Этот пациент сам себе поставил диагноз простой формы шизофрении и объяснил происхождение диагноза. Рассказал, что прочитал много книг по медицине, в том числе и учебник «Психиатрия» для медицинских колледжей, в котором описана шизофрения простой, гебефренической и других форм. Выбирая между разными формами, он решил, что у него нет дурашливости в поведении, нет ступора и нет преследования, поэтому он остановился на диагнозе простой формы. Высказанное им диагностическое суждение - суждение молодого человека, осуществляющего тщательный самоанализ и изучение феноменов собственного психического расстройства. Одним из сквозных синдромов, проходящих через длинник всего заболевания, являлся ипохондрический синдром, включавший псевдоневротическую ипохондрию, с раскрашиванием болезненных переживаний и ощущений многословными объяснениями и трактовками псевдоневротического, а также сверхценного характера. Чем же является диагностирование у себя признаков шизофрении, учитывая большое количество реально прочитанной медицинской литературы, и правильное с точки зрения формального содержания? Если подходить к феномену исключительно с позиций объективной психопатологии, оценивать суждение о шизофрении только с содержательной точки зрения — это формально есть критика. Но если тщательно проанализировать, как пациент переживает, как прогнозирует свою жизнь, как соотносит свое психическое состояние с окружающим миром, людьми, как реагирует на рационально-психотерапевтические разъяснения врачей, мы убедимся в псевдокритичности отношения пациента к своей болезни, ибо его онтологический статус уже превращается в инобытийный, в бредовый, коренным образом отличающийся от доболезненного, несмотря на формальное признание своей болезни именно с тем диагностическим суждением, какое имеется в реальности.

Дисморфоманический синдром.

Чуть меньше столетия назад из круга бредовых расстройств выделен дисморфоманический синдром. Хотя структура бреда, механизм бредообразования такой же, как при остальных видах бреда, видимо, в связи с распространенностью и тяжестью купирования дисморфоманический бред выделен в отдельный синдром. Имеется давняя путаница с понятиями дисморфофобия и дисморфомания. Под дисморфофобией следует понимать навязчивый страх в отношении собственной внешности, строения своего тела или его частей. Нам кажется, что нельзя считать дисморфофобию первой стадией развития дисморфомании. Это совершенно различные феномены, имеющие лишь сходное название. Человек испытывает страх за уже имеющийся или могущий развиться, ухудшиться со временем какой-либо дефект своей внешности — большой нос, форма ушей, узкий разрез глаз, короткая шея, малый рост, большая масса тела, кривые ноги, большие или маленькие, висячие или топорщащиеся молочные железы, большой или маленький половой член, короткие ноги, узкий лоб, висячий зад, неправильный прикус и т.д. и т.п. Дисморфофобия запрограммирована у многих людей, имеющих акцентуированные или аномальные психастенические черты, по той простой причине, что особенности строения тела и его частей настолько индивидуальны и переменны, что зачастую совершенно не соответствуют существующим в обществе идеальным параметрам человеческого тела. Трудно представить себе молодую девушку, имеющую слегка лишнюю массу тела, чуть коротковатые ноги и широкие бедра, которая смотрит по

телевизору трансляцию с подиума модного женского кутюрье, равнодушно взирающей на блестяще подобранные модели с длинными стройными ногами, узким тазом и небольшой грудью. Конечно же она будет испытывать в это время нормальное и оправданное неудовлетворение от особенностей своей внешности, внушаемое ей средствами массовой информации. Но наша тема сегодня — дисморфомания — убеждение в наличии дефекта, уродства, аномалии собственного тела или его частей, замечаемые, обсуждаемые и осуждаемые другими людьми. Многие авторы относят к дисморфомании бредовую анорексию, и, на наш взгляд, это вполне оправдано, так как в ее основе лежит убеждение в уродливо излишнем весе и уродливых формах живота, ягодиц, ног, груди и т.д. Сама по себе анорексия — лишь внешнее проявление бредового поведения. Прежде чем начать разговор о собственно дисморфомании и клинических примерах, хочется вернуться к теме среды обитания души. Одним из самых ярких примеров патологической «одежды» души и является «среда обитания души» больного с дисморфоманией. Девочки и девушки с излишней, по их мнению, массой тела, используют специальные корсеты, пояса, медикаменты, технические снаряды для многочасовых упражнений. Этой же средой является туалет с унитазом, ставший на несколько лет «излюбленным» местом обитания девушки, пользующейся огромными дозами слабительных средств. К этому же феномену относятся наборы инструментов, специальные стамески, которые были найдены в письменном столе юноши, едва не приступившего к коррекции собственного носа. У другого 18-летнего парня в гараже были найдены непонятного вида полупружины, которые должны были соединяться болтиками и одеваться на собственную, излишне короткую и уродливую шею с целью вытянуть ее по примеру давно описанного африканского племени.

Одна наша пациентка много лет назад, прежде чем обратиться к косметологам с просьбой и желанием приподнять ее грудь, изготовила и носила несколько месяцев специальные подвески, крючками приподнимающие чашечки лифчика, петлей охватывающие шею. В течение 5 лет у нее развивался дисморфоманический бред, интерпретативный, начавшийся якобы сверхценными идеями после вторых родов и кормления ребенка. Вполне естественно, что молочные железы изменили форму. Она работала педагогом, и ей стало казаться, что ученики старших классов обращают излишнее внимание и бросают «красноречивые взгляды» на ее грудь. В течение месяца она изучала перед зеркалом в ванной комнате свою грудь и пришла к неутешительному выводу, что грудь действительно обезобразилась. Тогда она стала использовать изобретенные ею подвески. Не помогло, ученики стали не только поглядывать на нее, но и шептаться между собой. Она точно не слышала, о чем они шепчутся, но по «ехидным улыбочкам» понимала, что обсуждают изменения ее груди. Вот тогда она и начала хождение по косметическим салонам. Несколько операций желаемого результата, естественно, не принесли. Молочные железы торчали у женщины, как у восьмиклассницы, но она продолжала настаивать на новых операциях. В конце концов, косметологи догадались проконсультировать больную у психиатров.

Однажды довелось познакомиться с молодым человеком, которого родители боялись лечить у психиатров, но согласились однократно показать врачу.

Он был убежден в уродливости собственных ушей. По его мнению, они были заострены сверху и торчали, как у добермана или дога. В «одеждах» его больной души мы обнаружили прелюбопытный инструмент — маленькое зеркальце стоматолога, которое было вмонтировано в пиджачный карман, где обычно выглядывает кончик носового платочка. В это зеркальце «заднего вида» он наблюдал за реакцией посторонних людей, рассматривающих его уродливые уши.

В прошлой лекции мы рассказывали вам о конформном бреде у отца и сына. Так вот, у сына кроме бреда психического воздействия имелся еще бред дисморфоманический — он считал себя уродливо высоким.

Он действительно был стройным и высоким парнем. Но высокий рост, обычно принимаемый мужчинами и юношами как достоинство, им воспринимался как уродство. Он считал, что окружающие смеются над ним, когда он головой подпирает крышу автобуса. Спокойно и серьезно он поведал нам, как готовится к отпиливанию своих ног, по 10 см с каждой, чтобы довести себя до «нормального роста».

А вот еще один замечательный случай. Студент медицинского института, будучи маленького роста, имел, по его мнению, маленький половой член, который через одежду рассматривали девушки с факультета, смеялись над ним и шушукались. После нескольких высказанных вслух огорчений на эту тему сокурсницы решили провести своеобразную «психотерапию» — поставили десяток парней и стали «через штаны» определять размеры мужского достоинства сокурсников. Они, видимо, желали сообщить парню утешительные сведения, но он оценил это как насмешку и издевательство и убежал на чердак, где попытался повеситься.

Особый вид дисморфомании

М.В. Коркина описывает особый вид дисморфомании: пациент считает, что от него исходит постоянный запах кишечных газов, и окружающие отворачиваются, чихают, затыкают носы, часто пользуются носовыми платками и т.д. [40]. В настоящее время этот вид бреда встречается нечасто.

Лет тридцать назад мы консультировали в соматическом стационаре одного молодого человека, который в хирургическом отделении лечился по поводу трещины прямой кишки. Зайдя в палату, психиатр обратил внимание на резкий запах мужского одеколona, один флакон которого с пульверизатором стоял на тумбочке, а второй торчал из кармана больничной пижамы. Удивительной оказалась история появления ректальной трещины. Парень постоянно «вколачивал», иначе не скажешь, в задний проход деревянную пробку, которая, по его мнению, должна была предохранять от выделения кишечных газов. После долгих расспросов, с большим нежеланием он поведал, что постоянно замечает реакцию окружающих на его появление в любом помещении. Через пару минут люди начинают кашлять, часто дышать, чихать, подносить руку к носу и рту, поглядывать в его сторону. Сначала «затычка» помогала, но приходилось постепенно увеличивать ее размеры.

На консилиуме девушка 18 лет, ростом 1 м 68 см и массой тела 33 кг. После двухлетнего стажа анорексии внешне она полностью идентична жертве концлагеря, освобожденной советскими солдатами. Скелет, обтянутый кожей, через которую просвечивают сосуды. Суставы рук и ног словно анатомические экспонаты, выставленные в музее медицинского института. Какие-либо **вторичные половые признаки** отсутствуют, более полутора лет отсутствуют месячные. Девушка выглядит как бесполое существо. Все началось, по ее словам, со случайно брошенной мальчишкой шутки: «Какая толстая задница». Вскоре по поводу полноты ее ног якобы отреагировала подруга. Сначала она ограничивала себя в еде не очень сильно, затем, в последние месяцы ела на завтрак грамм 30—35 творога, на обед — три-четыре яблочка, на ужин — стакан несладкого катыка. Много месяцев она пыталась исправить свою фигуру, она хотела уменьшить размер таза, оставив прежними грудь и плечи, т.е. ей представлялась некрасивой, неправильной нижняя часть тела. Накануне поступления в стационар она начала кушать и съела тарелку супа. За неделю прибавила в массе тела один килограмм. При беседе ровным, несколько монотонным голосом рассказывает свою историю. Крайне охотно, неправдоподобно легко соглашается со всеми доводами врача, буквально повторяя его доводы слово в слово: «Да, так нельзя, да, я довела себя, да, очень худая, да, буду кушать». Сама себя называет замкнутой, неоткровенной. Друга-парня никогда не было, имеет двух подруг, но о своих переживаниях им не рассказывает. Внешне производит впечатление соглашающейся с врачами, в действительности же все свидетельствует об особом варианте диссимуляции, при котором **больная** свои переживания диссимирует прилежным дословным повторением доводов врача. Совершенно случайно при беседе возникает эпизод, который пациентка расценивает как розыгрыш. Будучи студенткой юридического колледжа, она узнает, что сможет встретиться с доктором на занятиях по судебной психиатрии. Категорически отрицает эту возможность, заявляя, что такого предмета нет и не может быть. Доктор начинает искренне убеждать ее в обратном, демонстрирует руководство по судебной психиатрии для средних специальных учебных заведений МВД, беседует по телефону с зав. учебной частью колледжа, договариваясь о часах по данному предмету. Называет фамилию и имя этого сотрудника колледжа, продолжая убеждать пациентку, что наверняка встретится с нею на занятиях по судебной психиатрии. Но в ответ слышит вновь категорическое «нет». На следующий день, проводя разбор данного случая в «школе молодого психиатра», вернувшись к этому случаю, доктор с удивлением слышит от нашей пациентки весьма твердое категорическое «нет» и утверждение, что ее разыграли, что такого предмета нет, что это подстроили. Мы встречаемся со случаем вкрапления элементов острого чувственного бреда, бреда инсценировки в структуру интерпретативного бреда толкования — дисморфоманического бреда. Это еще одно доказательство, что в реальной жизни не бывает чистых, идеальных, учебных феноменов и расстройств.

Бред Котара

Одним из часто встречающихся в позднем возрасте видов бреда является бред Котара. Это вариант чувственного, но не острого бреда. А.В. Снежневский в своих лекциях относит этот вид бреда к протрагированным¹ формам (растянутым во времени).

Наш 55-летний пациент на фоне выраженного депрессивного аффекта утверждал, что в настоящее время происходит глобализация, цивилизация вконец испортилась и гибнет, уже в страшном землетрясении погибли города Армении, цунами уничтожил ряд городов побережья Южной Азии, что наш город также гибнет, свидетельством чего являются бесконечные автомобильные пробки, газы, обволакивающие город, в котором уже задыхаются люди, гибнут деревья. Часть его высказываний носили вполне правдоподобный характер и поначалу не вызывали у близких людей особой настороженности. Но спустя несколько недель он стал заявлять, что город уже полностью разрушился, страна ввергнута в пучину Ада. Не существует и его собственного дома, и хотя формально он стоит на земле, но на самом деле его уже нет, осталась оболочка дома, все, что внутри стен, погибло, все, что внутри городской черты, исчезает. Это вариант бреда Котара — бред отрицания. Другая больная с двенадцатилетним непрерывным периодом тяжелой монофазной эндогенной депрессии в последние годы утверждала, что мучиться ей предстоит вечно, что у нее уже нет мужа. Она не помнит своих детей. Они, наверное, умерли, как исчезли с этого света все ее сестры и братья, она одна осталась одинокой свечой, которой предстоят бесконечные жизнь-умирание, мучения, растянутые на столетия. Эта больная покончила жизнь самоубийством после многолетнего непрерывного пребывания в стационаре.

Это случай меланхолической формы бреда Котара, именуемого иногда бредом громадности. И наконец, чаще всего встречается нигилистический бред Котара, при котором больные утверждают, что внутри организма все сгнило, внутренние органы отсутствуют, они сами как материальные тела не существуют.

Протаргированный (лат. *protarho* — затягивать) — затянувшийся, затяжной. — Прим. авт.

Пациент 67 лет, болеющий сосудистым психозом, извещал нас, что его легкие, сердце и желудок сгнили, превратились в вареную требуху, вместо кишечника образовалась небольшого размера помойка, в которой накапливается кал. Он сам — уже не Иван Иванович, а бестелесное пустое существо с исчезнувшим организмом и умирающей душой. Голова, как у «Страшилы», набита соломой вместо мозгов. Пищу, лекарства, воду и питье он воспринимает как продукты, выбрасываемые в помойку. С обреченностью приговоренного к смерти, уныло-монотонным голосом призывает врачей выбросить его на свалку, где найдется сотня бодрых ворон, чтобы окончательно стереть с земли его бренные останки.

Нам осталось изучить различные варианты парафренного бреда, которые наиболее ярко описаны в художественной литературе в виде бреда величия. Когда какой-либо писатель хотел изобразить тяжелого психически больного, он прибегал к образу бредового пациента, декларирующего свои великие возможности, свое выдающееся значение для судеб человечества. Вспомним классиков. В «Золотом теленке» у И. Ильфа и Е. Петрова герой, намеренно попавший в сумасшедший дом, с целью симуляции душевного заболевания восклицает: «Я — вице-король Индии», на что Берлага отвечает: «Молчи, сволочь». На примере бреда величия, чаще всего являющегося очевидно нелепым и не соответствующим действительности, мы еще раз убеждаемся в феномене абсолютизации истины. Перед нами лежит письмо больного С. мэру города. Читаем в этом письме:

«Мой приход к власти станет Днем возрождения Человека на Планете... Мне знакомы законы природы и все проблемы человечества. Будущее Планеты — это я единственный, таких еще не было и не будет больше много веков. Россия будет назваться Жомширият, т.е. райским уголком нашей прекрасной Планеты...»

Приведем отрывок из нашей статьи о бреде, напечатанной в НПЖ в 2003 г.:

«Конюх захудалого совхоза ежегодно поступает в психиатрическое отделение, и при его появлении все отделение хохочет искренним смехом. Ненормальность поведения этого человека имеют возможность оценить самые больные жители отделения. Маленький шупленький старичок бодрой горделивой походкой, высоко вскинув голову, расправив молодецки грудь, шествует по отделению и отдает направо-налево приказы. Он настолько живет образом и ролью маршала Георгия Константиновича Жукова, что ни малейшего сомнения у него на эту тему нет.

А вот в кабинет входит очаровательная пациентка. Подает очередное письмо на имя начальника ГИБДД — с требованием выдать ей документы на «мерседес», высланный ей из Англии английской королевой. Сегодня она — родственница королевы, завтра — вторая жена премьер-министра Венесуэлы».

Чем объясняется такая легкость в диагностике бреда величия? Очевидностью абсурдности содержания. Но на модели бреда величия легче понять и природу некорректируемости бреда. Если очевидно

абсурдное содержание бреда не считается таковым самим больным, то следует неминуемо сделать только один вывод: для самого больного настолько же очевидна истинность его мыслей, умозаключений и всего содержания болезненной идеи, она настолько аксиома для него, как наличие невидимой шерсти на руке ликантропа, что не подлежит никакому обсуждению.

Бред реформаторства

Очень своеобразный бред, примыкающий к бреду величия, бред реформаторства, содержанием которого являются утверждения в создании новых общечеловеческих теорий, подготовке и проведении реформ, революционных преобразований, потрясений основ общества и государства. Очень милый пациент.

Миша С., о котором я упоминал в книге воспоминаний [5], создавал несколько лет теорию победы социализма над капитализмом.

Это было в начале восьмидесятых годов. В двух толстых тетрадках он вынашивал и обосновывал идею «гипервооружения СССР с целью доведения с помощью гонки вооружения до состояния нищеты и банкротства Соединенные Штаты Америки». Все было ничего, если бы одновременно с этой тихонькой реформаторской идеей он не вздумал написать в ЦК КПСС письмо с угрозой жизни Д. Устинову и Ю. Андропову как врагам социализма. Несколько раз он лечился в стационаре, а потом как-то тихо, так же как и создавалась в его болезненном уме, идея исторической победы социализма угасла, одновременно, кстати, с угасанием социализма в самой жизни. Другой наш пациент, о чем я также уже рассказывал, написал письмо в ЦК КПСС в 1985 г. с предложением на нескольких десятках страниц невиданного доселе способа создания мясного изобилия в нашем отдельно взятом городе методом выращивания баранов на городских газонах.

Как правило, такой вид бреда довольно успешно и быстро опознается как психическое расстройство не только психиатрами, но и иными здравомыслящими людьми в силу его очевидной абсурдности.

И еще об одном пациенте хотелось бы поведать, так как очень любопытной была беседа с ним спустя 13 лет после первого предъявления психиатрам своего реформаторского бреда.

Средних лет мужчина, работая на заводе простым рабочим, выступил на партийном собрании цеха с речью, в которой утверждал, что необходимо срочно уничтожить коммунистическую партию, которая довела страну до ручки и превратилась в полуфашистскую организацию. Эту крамолу, свойственную В. Новодворской, пациент заявил в 1986 г., задолго до краха коммунизма. Ну, его прямо с собрания доставили к нам на скорой помощи. При беседе выявился масштабный реформаторский бред, касающийся не столько партии коммунистов-полуфашистов, сколько его личной роли в грядущем переустройстве страны и всего мира, который без коммунистов станет поистине гуманным.

То, что это был не диссидент, а обычный психически больной с параноидно- парафренным этапом шизофрении, сомнений ни у кого не было. Прошло много лет. В 2002 г., уже спустя 12 лет после исчезновения с исторической арены компартии, он в очередной раз поступает в стационар с очередным галлюцинаторно-бредовым приступом. Как-то раз в разговоре с врачом наш «реформатор» иронично заметил: «Ну что, доктор, кто оказался прав, — я или вы ? Коммунизм исчез, такие, как я, сейчас у руля государства и мира».

Индукцированный бред

Позволим себе остановиться на двух редко встречающихся видах бреда: индуцированном и резидуальном бреде.

Индукцированный бред - это один из видов необычных реактивных психозов. Действительно, в двух случаях, с которыми мы встречались, имел место реактивный момент. Правда, он являлся не столько психогенией как таковой, сколько реакцией на длительное совместное проживание и пропитывание души и ума ранее психически здорового человека упорными, длительными и бредово-аргументированными идеями.

Бабушка, 77 лет, с бредом малого размаха постоянно обвиняла своих соседей по лестничной клетке в совершении всевозможных мелких подлостей, довольно банальных — проникновении через замки в квартиру, воровстве из холодильника пакетов с кефиром и сметаной, порче постельного белья на веревке перед подъездом и т.д. И вот в один прекрасный момент к соседям стучится дед, проживший в мире и согласии со своей бабкой более 55 лет. Он заходит в прихожую, разворачивает газету и выбрасывает на пол в коридорчике двухдохлых мышей. После этого разразился длинной тирадой, смысл которой сводился к тому, что и он, в конце концов, убедился во враждебности и гнусности поведения соседей. Мыши валялись возле двери его квартиры, и мышей, по его мнению и мнению его старушки, подбросили эти самые соседи, чтобы в очередной раз насолить и испортить им жизнь. И далее он почти слово в слово повторил все прежние заявления и обвинения своей бабушки, которые сам же пытался многократно опровергать. Соседи были немало удивлены таким «заразительным» сумасшествием.

Второй случай был еще более уникальным.

Девочка одиннадцати лет, у которой на фоне истерической личности возникло патологическое фантазирование, утверждала, что время от времени учебный класс и их дом посещает «Он», «Фин», передвигает вещи, двери, выбрасывает с балкона одежду, «раскидывает» плевки по классу, поджигает одежду школьников, домашние одеяла, пишет на стенах всякие угрозы и слова с типично детским орфографическим оформлением и ошибками, подписываясь именем «Фин» (так звали героя романа Марка Твена). В кабинете главного врача в течение двух часов не девочка, а мать и бабушка, брызгая слюной, с напором и аффективной заряженностью доказывали нескольким врачам-психиатрам истинность подобных фантазий. В их устах это были уже не фантазии, не бредоподобные идеи, а по содержанию и способу доказательства очень напоминали настоящие бредовые идеи.

И все же, позволительно предположить, что индуцированный бред похож на бред только названием. На самом деле — это совокупность ошибочных утверждений, императивно навязанных индуктором и принятых зависимым от индуктора человеком не по механизмам бредового мышления и сознания, а по механизмам внушенных и реактивно обусловленных психических феноменов. В случае с индуцированным бредом нет иной, другой личности, нет перехода человека через мост в инобытие, он вовсе не является носителем абсолютной, аподиктической истины, он такой же, как все мы, сопереживающий близкому человеку, «пропитавшийся» его бедами, мыслями и сомнениями. Если многие годы два человека живут вместе, они «пропитываются» в прямом и переносном смысле запахами общего дома и запахами друг друга. С утратой индуктора или освобождением его от бреда «зараженный» индуцированным бредом пациент выздоравливает.

Резидуальный бред. Параноидальный синдром

Резидуальный бред — маленький «островок» от прошедшей болезни, «отрыжка» бывшего несчастья, встречается редко. Нам довелось лишь однажды иметь дело с этим психическим расстройством.

Много-много лет назад у нашей пациентки был очень массивный приступ заболевания с онейроидным помрачением сознания, в структуре которого в числе прочих психических расстройств наблюдался манихейский бред — убеждение больной, что в мире, в городе, где она живет, существуют две враждебные партии: партия коммунистов-фашистов и партия человеколюбивых людей. Содержанием онейроидных переживаний были как раз сцены борьбы двух сил, двух партий между собой. Онейроид не достигал степени истинного онейроидного помрачения сознания, приступ остановился на так называемом этапе ориентированного онейроида с двойной ориентировкой, остаточной возможностью осуществления вербального контакта с пациенткой. После выхода из онейроида состояние быстро улучшалось, депрессивный аффект нормализовался, пациентка стала приветливой и охотно рассказывала о своих переживаниях (до выхода из психоза она причисляла врача и медсестер к партии фашистов-коммунистов). Но на протяжении еще целой недели на фоне продолжавшейся антипсихотической терапии она продолжала заявлять, что противостояние двух партий существует, хотя она «потеряла способность воочию наблюдать сей процесс», но точно знает, что невидимая для нее борьба и в мире, и в городе, и вокруг нее продолжается. Через неделю она «вышла» полностью из психоза, и впечатление было такое, что больная как бы проснулась от дурного сна. Утром на обходе, с улыбкой на лице, она сказала следующее (передаю смысл): «Приснится же такое!»

Резидуальным бредом и был этот недельный «островок» психопатологической симптоматики после выхода из основного массива психоза.

Узнав, что такое бред, изучив расстройства восприятия, мы теперь уже сможем рассмотреть простые бредовые и сложные галлюцинаторно-бредовые синдромы. Строго говоря, галлюцинаторный бред - это уже галлюцинаторно-бредовый синдром, ибо он возникает как бредовое продолжение галлюцинирования. Таким образом, разновидностей этого синдрома столько, сколько видов галлюцинаторного бреда мы можем вообразить.

Параноидальный синдром — это простой по структуре синдром с ведущим симптомом — систематизированным, интерпретативным бредом. Такие виды бреда мы довольно подробно описали в первой части главы о бреде. Здесь необходимо акцентировать главное: при паранойальном синдроме психиатры констатируют ясное сознание, т.е., говоря клиническим языком, отсутствие признаков помраченного или измененного сознания. При паранойальном синдроме не бывает галлюцинаций, явлений психического автоматизма. Именно с паранойальным синдромом связана более чем столетняя история паранойи — особого психоза, моносимптома, при котором многие стороны личности больного человека остаются как бы интактными, не задетыми болезнью. Про таких пациентов говорят, что у них один «болезненный пунктик», у каждого человека, как и у этого больного, — «свой таракан в голове», или «каждый по-своему с ума сходит». Паранойя может длиться десятилетия, не приводя к глубоким изменениям личности. Несмотря на незначительные негативные проявления заболевания, больной, страдающий паранойальным бредом, признается невменяемым, если совершает правонарушение под влиянием паранойального бреда, т.е. уровень поражения в данном случае психотический. В развитии паранойального бреда принято различать несколько этапов. Вначале у больного возникает совершенно особое эмоциональное состояние — бредовое настроение. Оно проявляется внутренним необъяснимым беспокойством, предчувствиями возможной беды, опасности, надвигающейся катастрофы. Если учесть, что в последние годы только ленивый не пытался подзаработать на гаданиях, предсказаниях, астрологических прогнозах, толковании сновидений и прочих «чудесах», такое настроение зачастую воспринимается родственниками больного как вполне обычная реакция на вторжение массового шарлатанства.

Вторым этапом становления паранойального синдрома является бредовое восприятие, при котором внутреннее беспокойство начинает конкретизироваться, и отдельным явлениям, вещам, предметам и фактам больной начинает придавать особенное, неадекватное реальности значение. Следующим этапом динамики паранойального синдрома является бредовое толкование — патологическое, неверное толкование, объяснение различных фактов, когда еще нет единой системы. Кристаллизация бреда: из отдельных объяснений, толкований, интерпретаций, как правило, довольно интенсивно происходит объединение в устойчивую систему, как принято выражаться — идею, которая полностью овладевает сознанием человека и начинает диктовать свои законы — повелевать поведением больного.

Больной, в душе которого «кристаллизуется» бред, не испытывает восторга или удивления. Он чувствует улучшение настроения, проходит тревога перед неизведанностью, исчезает страх перед непонятностью мира. Пациенты говорят, что «гора свалилась с плеч», «глаза открылись», «в мозгах просветлело». В этот период мы судим о болезни человека, во-первых, по объективному проявлению бреда — его содержанию, которое он, как правило, весьма охотно и настойчиво декларирует всем и каждому. В то же время мы точно чувствуем, что человек преисполнен веры в абсолютность той истины, которую отстаивает, и именно этим обстоятельством он коренным образом отличен от нас.

Галлюцинаторные и бредовые переживания

Существуют отдельные, особо важные синдромы, включающие и галлюцинаторные переживания, и бредовые. И сейчас мы уже сможем в полном объеме изучить один из самых часто встречающихся и значимых синдромов психиатрии - синдром Кандинского-Клерамбо. Во-первых, почему у него двойное название? Псевдогаллюцинации были подробно описаны и обоснованы В.Х. Кандинским во второй половине XIX столетия. В первой половине XX столетия французский психиатр Дж. Д. Клерамбо уже после Кандинского описал психические состояния, которым присвоил имя «автоматизмы». Будучи главным врачом медчасти тюрьмы при полицейской префектуре Парижа G. Gatlan de Clerambault (в русскоязычной литературе Клерамбо) с 1909 г.

публикует серию статей (около 20) в журналах на тему автоматизмов и в 1927 г. в Медико-психологических анналах опубликовал сводную работу под названием «Психозы на основе автоматизма и синдром автоматизма». Дж. Д. Клерамбо описывает около двадцати различных симптомов, имеющих характер как бы «сделанности», навязанности больному извне. В третьей главе мы цитировали описания Кандинским идеаторных, чувственных, моторных, речедвигательных автоматизмов и явлений ментизма. Получается своеобразный исторический казус: В.Х. Кандинский несколькими десятками лет раньше описал все те явления, которые затем Дж. Д. Клерамбо таксони- мировал в виде официально известных на сегодня названий. Сочетание идеаторных феноменов (ментизм, ускорение мыслей, остановку мыслей, «параллельные мысли», пересекающиеся мысли и т.д.) Дж. Д. Клерамбо в 1927 г. обозначил как «малый психический **автоматизм**». Между тем, уже после В.Х. Кандинского К. Ясперс также описывал явления автоматизма в структуре паранойяльных расстройств в виде «сделанности» и «кражи» мыслей. В монографии Жана Гарра- бе описывается «странность международного будущего» синдрома Клерамбо: «Русские примут описание этого явления в том виде, как его дал в конце XIX в. для «псевдогаллюцинаций» В. Кандинский. ...психический автоматизм стал известен в наше время в СССР и в России как синдром Кандинского-Клерамбо. Наоборот, в англоязычных странах описание психического автоматизма, данное G. De Clerambault, не удержалось, тогда как мы будем удивлены, встретив его элементы среди диагностических критериев шизофрении самых последних американских классификаций. Все труды G. De Clerambault, особенно часть, посвященная психическому автоматизму, в самой Франции окажутся в забвении...сам этот выдающийся клиницист, установив, что он полностью лишился зрения, покончит жизнь самоубийством, застрелившись из своего служебного револьвера» [15].

Оба автора самого знаменитого психиатрического синдрома - В.Х. Кандинский и Клерамбо — ушли из жизни добровольно. Поистине драматична судьба авторов творения.

Итак, синдром Канди некого-Клерамбо состоит из трех составных частей. Первую часть, псевдогаллюцинации, мы подробно описали в третьей главе. Второй составной частью этого синдрома являются два вида бреда - физического и психического воздействия. Об этом уже сообщено в предыдущей главе. Третья составная часть уникального синдрома — это автоматизмы.

Автоматизмы психические - это психопатологические феномены, при которых больной ощущает свои собственные психические процессы (мысли, чувства, движения, речь и т.д.) как навязанные, «сделанные» извне, как результат постороннего воздействия чуждой для него физической или психической силы. Различают три основных вида автоматизмов. Первый из них, встречающийся чаще других, — идеаторные (ассоциативные) автоматизмы. Почти все они входят в так называемые «симптомы первого ранга» Курта Шнайдера как патогномоничные, по его мнению, для шизофрении. В свое время в первой половине XX столетия многие выдающиеся психиатры упорно искали симптомы и синдромы, свойственные только шизофрении, дабы обосновать выделение этого заболевания клинко-нозологическим алгоритмом. Однако они не смогли к тому времени, да и к сегодняшнему дню тоже, отыскать каких-либо патолого-анатомических, гистологических или иных биологических критериев шизофрении. Но многие из них находили все новые и новые, свойственные якобы только шизофрении симптомы. Э. Блейлер выдвинул идею «четырех а» — **аутизм**, амбивалентность, ассоциации, аффект; наличие этих нарушений, по его мнению, свидетельствует о шизофрении. К. Шнайдер обосновывал, в свою очередь, мысль о ранговом присутствии различных симптомов при шизофрении и основные симптомы разделил на симптомы первого и второго ранга. Так вот, симптомы первого ранга вошли в золотой фонд психиатрии как одни из самых характерных при данном заболевании. Они присутствуют в критериях шизофрении DSM-4 и МКБ-10. Если условно психическую жизнь человека подразделить на несколько основных блоков, то при этом виде автоматизмов речь идет о мышлении и обо всем, что с ним связано. Наплыв мыслей (ментизм), вкладывание мыслей — мысли, появляющиеся помимо воли больного и с ощущением «сделанности». Больные говорят, что голова переполнена мыслями, мысли с большой скоростью меняют друг друга: «Я не хочу, а они вкладывают и вкладывают мне в голову мысли, я не успеваю следить за ними, я не успеваю обмыслить их». Ментизм в выраженной степени может приводить к атактической бессвязности. «Звучание мыслей» - мысли больного звучат, он их слышит внутри, как фразы человеческой речи, причем не всегда своей собственной. **Больной** подозревает и считает, что и другие люди могут слышать его мысли, а следовательно, тут же следует иной идеаторный автоматизм - открытость мыслей. Блестящую характеристику такой открытости дал В.Х. Кандинский, когда писал, что состояние больного с открытостью мыслей можно сравнить с девушкой на балу, с которой в присутствии сотен ярко одетых гостей бала вдруг спадают все одежды и она оказывается абсолютно обнаженной перед сотнями чужих глаз [31]. Когда открытость мыслей сопровождается псевдогаллюцинаторным

восприятием больным повторения своих мыслей голосами окружающих людей, это называется эхо мыслей. «Отнятие мыслей» — исчезновение мыслей, которое пациент ощущает как насильственный, сделанный, вызванный чуждой силой акт. Пациенты жалуются на пустоту в голове, отсутствие мыслей, тут же добавляя, что это не по их воле они перестали думать: 1 Они сделали меня тупой чуркой, они украли все мои мысли».

Идеаторные автоматизмы

Наиболее часто одним из главных проявлений идеаторных автоматизмов в прошлые десятилетия считалась так называемая передача мыслей на расстояние, или знаменитая телепатия (передача мыслей на расстояние также входит в симптомы первого ранга по К. Шнайдеру). Как только в конце 60—70-х годов психиатры слышали про телепатию, почти тут же ставился вопрос о синдроме Кандинского-Клерамбо. Одна пациентка, проживающая на Северном Урале, утверждала, что ее мысли «читает ее недоброжелатель, проживающий в Москве, на расстоянии 2500 км, а прочитав мысли, с помощью особого гипнотического воздействия на расстоянии вызывает у нее прилив крови к органам малого таза и половое возбуждение, которого она крайне не желает». (Это сочетание идеаторных и сенсорных автоматизмов.) В последние годы в связи с изменениями в общественном сознании, массовом распространении парапсихологических феноменов понятие телепатии вышло из разряда патогномичных признаков психического расстройства и стало феноменом общественного сознания, модной игрушкой в руках недобросовестных целителей. К идеаторным автоматизмам относится разматывание воспоминаний, т.е. появляющееся помимо воли больного, с характером «сделанности», чередование воспоминаний, следующих друг за другом и не исчезающих по желанию и воле больного. При этом разматывающиеся воспоминания, как правило, носят крайне негативный, неприятный характер. К ним очень подходит известное высказывание Джорджа Сантаямы: «Кто не желает помнить прошлого, навеки приговорен к тому, чтобы переживать его вновь и вновь». Разматывание воспоминаний иногда переходит в псевдогаллюцинаторные псевдореминисценции.

Автоматизм чувственный (сенсорный, сенестопатический) имеет три названия. Считается, что это одно и то же, хотя сенестопатии — это более узкое понятие, чем чувства или сенсорика. При этом виде автоматизмов больные ощущают «сделанные» ощущения, а также вызванное посторонней силой телесное обеспечение различных чувств, желаний, влечений. «Сделанные» сенестопатии — необычные, тягостные ощущения в различных областях тела. Примеры чувственных автоматизмов мы приводили из монографии В.Х. Кандинского и из нашей практики в третьей главе.

Здесь кратко: больная 38 лет с развернутым синдромом Кандинского-Клерамбо сообщала, что с помощью особого «гамма-пси»-генератора из квартиры соседнего подъезда на нее действует особая волновая энергия, с помощью которой банда «последышей Гитлера» вызывает у нее «перебулькивание» мозгов, «кувыркание» сердца, «переплетение» кишечника с профузным поносом и особые сокращения матки, как во время родов, с выбросом маточного «плевка». Кроме этого, после каждого сеанса «гамма-пси»-генератора она ощущает приступ ненависти к своему мужу и приступ похоти к сыну, с помощью чего «последыши Гитлера» заставляют ее совершить содомический грех.

В этом наблюдении имеются многочисленные «сделанные» сенестопатии с вычурными, необычными ощущениями со стороны внутренних органов, «сделанные» висцеральные сопровождения чувства любви, ненависти, полового влечения. И все это оформлено и толкуется в виде **брета** физического воздействия.

Автоматизм двигательный (кинестетический). При этом виде психического автоматизма больные ощущают свои собственные движения как чуждые, «сделанные», специально вызываемые посторонними силами. Речь идет прежде всего о скелетной мускулатуре.

Несколько лет назад при обходе больной неожиданно стукнул врача по плечу. На удивленный взгляд доктора тут же попросил прощения и заявил, что это не он нанес удар, а его «рукой управляли гэбисты».

Другая больная 25 лет с псевдогаллюцинациями и бредом психического воздействия, стоя у поста медсестры, кланялась безостановочно, как это бывает при яктации у олигофренов. Врачи подумали было, что это началось

кататоническое возбуждение со стереотипными движениями. Но на вопрос врача больная остановилась и пояснила, что это не она кланяется, а всеми мышцами ее тела управляет из «центральной вселенно-космической диспетчерской второй ангел самого Бога-отца».

В течение тридцати лет нами наблюдался больной с непрерывной шизофренией.

На этапе перехода параноидной шизофрении в парафрению у него был развернутый синдром Кандинского-Клерамбо с парафренизацией. Под землей Татарстана находился подкоп под Индию, ГДР, страны Восточного блока. Шла всемирная война между Китаем и СССР. В его квартире находилось 60—70 зеркал, через которые его и его жену видели на расстоянии, жену снимали и снижали вес, она худела на расстоянии. «Враги народа повсюду установили подслушивающую аппаратуру, командовали им, действовали на него лучами. Однажды, уже на фоне наличия парафренного бреда, он убил жену. На освидетельствовании в АСПЭ он утверждал, что не убивал жену. Появились привидения, которые вложили в его руку топор и его рукой ударили жену, которая лежала на кровати, по голове. Она не успела даже крикнуть. После этого они запретили выходить, угрожая, что и его убьют. Несколько суток он находился возле трупы жены.

Как видно из этого случая, убийство было совершено в психотическом состоянии, в котором сам факт противоправного действия — удар топором — являлся кинестетическим автоматизмом. Принято считать, что парафренный этап уже не так опасен, как параноидный. Этот случай предупреждает, что безопасных видов бреда и психотических состояний не существует.

Автоматизм речедвигательный (Сегла). Острый синдром Кандинского-Клерамбо

Автоматизм речедвигательный (Сегла) — один из самых сложных видов психического автоматизма, при котором пациенты ощущают, что ж языком и речевым аппаратом руководит посторонняя сила и заставляет произносить слова и фразы, совершенно чуждые больным. При этом нередко произносятся нецензурные выражения, циничные высказывания, фразы, совершенно несвойственные данному человеку.

Много лет назад пациентка, интеллигентная женщина, образованная и высококультурная особа, вдруг трехэтажным матом «покрыла» врача и медицинский персонал. Ругательства, содержащие самые отборные и циничные выражения, каких не услышишь даже в пьяной мужской компании, обрушивались на коллег в течение нескольких часов. Спустя 2 недели, уже на выходе из психотического состояния, больная сообщила врачу, что это не ее язык, не ее мозг, не она сама продуцировала эту «невыносимую дрянь». Ее языком и ртом руководила неведомая ей доселе сила, которую она обозначала «мозгода- вильней».

Замечательные примеры речедвигательных автоматизмов Сегла приводит в своей монографии В.Х. Кандинский, не давая им, впрочем, отдельного названия. Речедвигательные автоматизмы мы должны обязательно дифференцировать от так называемого кликушества, при котором женщины, находясь, как правило, в особо значимых местах (церемонии моления в церкви или иных похожих местах), выкрикивают, помимо своей воли, циничные, нецензурные, неприятные высказывания, чаще всего богохульного содержания. Отличие заключается в том, что при кликушестве никогда не бывает интеллектуального оформления данного явления в виде бреда физического или психического воздействия, больные никогда не говорят, что их языком или ртом «кто-то руководит». Они не знают, почему из их рта вылетают кощунственные фразы, они пребывают в недоумении. Кликушество, как известно, имеет конверсионный, истерический механизм, при котором подсознание женщины выстреливает в мир залпом подавленных, спрятанных глубоко в структуры Id влечений, инстинктов, подавленных переживаний.

Итак, мы изучили все виды психических автоматизмов. Остается рассказать о вариантах синдрома Кандинского-Клерамбо. Различают его хроническую и острую формы.

Острый синдром Кандинского-Клерамбо - это всегда острый психоз с чувственным по преимуществу бредом физического или психического воздействия, изменчивыми псевдогаллюцинациями, чувственно яркими автоматизмами, аффектами страха и тревоги, бредом интерметаморфоза. На наш взгляд, синдром Кандинского-Клерамбо можно квалифицировать при таких состояниях несколько условно, ибо ведущими компонентами здесь

будут все же не псевдогаллюцинации, не развернутые автоматизмы, а проявления острого чувственного бреда, по содержанию являющегося бредом воздействия. По сути своей это совершенно иной психоз.

Хронический синдром Кандинского-Клерамбо — наиболее характерная и часто встречающаяся патология при параноидной шизофрении. Как мы уже установили, для этого состояния свойственны хронический персикаторный (т.е. с картиной преследования) бред физического или психического воздействия, интерпретативный, детально разработанный, с наличием эмоционального напряжения, бредового поведения вплоть до бредового возбуждения при обострениях, преимущественно вербальные псевдогаллюцинации, значительно реже зрительные. Как правило, содержание псевдогаллюцинаций напрямую перекликается с содержанием бреда. Различают два варианта данного синдрома: галлюцинаторный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо - это и есть изумительно описанные Кандинским случаи историй болезни из его Монографии/Преобладание псевдогаллюцинаций в объеме психических расстройств налицо. Псевдогаллюцинации определяют содержание галлюцинаторного по патогенезу бреда воздействия и нередко предвосхищают развитие автоматизмов именно того вида, о чем говорится или показывается в псевдогаллюцинациях. Бредовый вариант синдрома - преобладание бреда физического и психического воздействия с наличием многих или всех видов автоматизмов и отдельными, чаще всего вербальными псевдогаллюцинациями. У ранее описанного нами больного был именно бредовый вариант данного синдрома. При полном развитии данного варианта синдрома Кандинского—Клерамбо констатируется развитие особого варианта, который условно называется «синдром робота», при нем больные ощущают полную подчиненность своего тела и своего душевного мира, полное подчинение своего «Я» чуждой силе: «Я только инструмент в руках чуждой силы, винтик, зомбированное чучело», — говорил один из наших пациентов.

Этно-культуральный аспект бреда и отличие бреда от суеверий

После рассмотрения синдрома Кандинского-Клерамбо самое время несколько слов уделить такому важному на сегодняшний день понятию, как этно-культуральный аспект бреда и отличие бреда от суеверий, с точки зрения этнической культуры и социального развития общества. Как справедливо писал

В.Д. Менделевич в своей монографии «Психиатрическая пропедевтика», различать суеверие и бред сегодня - очень сложная задача. Если два десятилетия назад убежденность человека, что он находится под воздействием энергетических вампиров, однозначно трактовалась как бредовая, то сегодня, с точки зрения автора пропедевтики — это скорее проявление бытующих в обществе взглядов на энергетический вампиризм. Вполне логично сравнить два схожих примера — суеверие о наведении порчи и бред колдовства, однотипный по содержанию с распространенным в обществе суеверием. Вновь вернемся к примеру с бредом психического и физического воздействия.

Перед нами сидит пожилая женщина, которая трижды училась в известных академиях народного целительства. Много лет она «владеет даром целительства». Она вылечила от неизлечимой стадии рака своего брата, который умер якобы через 11 лет после появления метастазов рака. Она много лет борется с энергетическим вампиром, которым является целитель Долгирев, действующий на нее через астральное тело. Через это астральное тело он на расстоянии нескольких тысяч километров мучает ее сексуальными домогательствами, имеет с нею астральные сексуальные контакты, вибрирует на ее теле, вызывает через нижнюю чакру сексуальное возбуждение и оргазм, закидывает в нее сомнабулические шарики, действует на горловую чакру, через которую в ее голову попадают с помощью телепатического воздействия его мысли и слова. Сейчас он, например, говорит, что она его предала. Через энергетическое биополе он вызывает вибрацию груди и загрудинной области, деструкцию сознания и мозга, разрушение всех внутренних органов. Она не может без его команды сходить в туалет. Он разыгрывал перед ней Эмиля Багирова, мысленно приходил через астральное тело в ее мозг, но она его разоблачила. Вампир вытягивает из нее всю энергию и к концу дня она истощается. Она сама обратилась к психиатрам с просьбой защитить ее от «психической атаки» экстрасенса Долгирева.

Конечно, в этом примере современная парапсихологическая риторика и фразеология обильно «полита» психопатологическими феноменами, составляющими синдром Кандинского-Клерамбо. Мы опознаем бред не потому, что большая часть этнической и культурной среды будет высказываться против этих феноменов. Как раз

многие из современных парапсихологов, целителей, просто, мягко говоря, несколько оболваненных граждан подтвердят, что искренне верят и в чакры, и в энергетических вампиров, и в высасывание энергии, и в астральное тело. Более того, многие студенты, обучающиеся психологии в высшем учебном заведении, врачи будут выказывать сочувствие и жалеть нашу собеседницу. Мы четко опознаем в этом рассказе болезненные феномены. Почему? Она не просто убеждена в истинности и аподиктичности существования всех этих чудес. Она нас приглашает в свидетели: «Вот посмотрите, видите, как колеблется грудь, вот видите, как вибрирует живот», она кладет руки на голову и тут же транслирует нам свои ощущения и выводы: «Ага, вот сейчас он вытягивает из моей верхней чакры энергию, ага, вот он говорит, что я его предаю». Она сиюминутно обнаруживает свое пребывание в ином мире, в ином биоэнергетическом пространстве, она не только не сомневается, что этого не может быть, а приводит и демонстрирует нам совершенно конкретные проявления энергетического воздействия, которые не в качестве идеальных феноменов, продуктов мышления парапсихологов, а в виде конкретных чувственных, ощущаемых феноменов болезненной психики предстают перед нами во всем своем первозданном патологическом блеске.

Не о предполагаемом появлении инопланетян говорит другая наша пациентка, а о конкретном изъятии глаза из глазницы реально для нее существующими космическими пришельцами — полотенце в ее руках уже приготовлено для остановки кровотечения после энуклеации. Это совершенно непосредственные примеры личного переживания, личной окутанности тела многочисленными элементами воздействия, личного присутствия постороннего голоса, посторонних мыслей, вызванных конкретным человеком — вампиром, чуждых ей ощущений. Это не пропаганда о возможности таинственных парапсихологических явлений, а живая, непосредственная демонстрация наличности, существования данных явлений у конкретной женщины, здесь и сейчас, т.е. если говорить, обобщая все сказанное, — это не явление общественного сознания, бытующего в данное историческое время, в данной этнокультуральной общности, преломляющееся во взглядах, мировоззрении представителя этого общества, а явление индивидуального, весьма конкретного, живого существования, во всей своей полноте, красочности и конкретности, как это имело место в клинических случаях В.Х. Кандинского.

Об этом же довольно красноречиво рассуждает С.Ю. Циркин в монографии «Аналитическая психопатология»: «При бреде изменяется смысл именно индивидуальной ситуации, т.е. неадекватно оценивается положение вещей, которое непосредственно затрагивает пациента. В противоположность этому не являются бредом отвлеченные заблуждения, например, широко распространенные представления об экстрасенсорике, визитах инопланетян и пр. Все они касаются индивидуума не в первую очередь, заодно с окружающими, чаще лишь потенциально. В рамках любой бредовой фабулы, даже если речь идет о судьбе человечества, больной — центральная фигура, которой дано сыграть особую роль или хотя бы знать больше, чем другим...Ошибочные интерпретативные умозаключения, которые не сопровождаются интуитивными бредовыми догадками, нельзя считать бредом независимо от некор-регулируемости, поскольку таковые нередки и среди психически здоровых лиц» [69].

Бред малого размаха

Один из часто встречающихся видов параноидного синдрома - синдром **брета** обыденных отношений, носящий часто иное название — бред малого размаха. При этом варианте синдрома мы встречаемся с бредом ущерба, отравления, бредом обьценных отношений, иногда с архаическим (древним) бредом колдовства. Как правило, бредовому толкованию подвергаются обычные факты бытовой жизни, ограниченный круг близких людей, соседей, знакомых. Больные всегда активно «разоблачают» врагов, добиваются восстановления ущерба, торжества справедливости.

Соседка по подъезду в возрасте свыше 70лет настирывает по три-четыре раза свое белье, считая, что соседи специально гадят на него, вытряхивают рядом с бельем пыль с ковров и половиков, быстро проезжают на автомобилях, мелко пакостят. Дед, ветеран войны, травматик-энцефалопат, устанавливает на стене общей коммунальной кухни видеокамерный глазок, отслеживающий всех, кто «залезает» в его холодильник воровать кефир и сливочное масло. Другой дед, баловавшийся по молодости охотой, установил капкан перед входной дверью, чтобы поймать «наконец-то» вора из соседней квартиры, который «через замок» проникает в его дом и таскает яйца, да так хитро, что «не сразу заметишь». Только если пересчитать обязательно три раза, не

досчитаешься одного яйца. В капкан «угодил-таки» сосед, который намеревался предупредить деда о приходе почтальона. С поврежденной ногой сосед отправился в поликлинику. Бабушка с гипертонической болезнью, по характеру чистюля, постоянно замечала «какашки чужих кошек» возле своей двери. При этом она узнавала «свои какашки» и безропотно смывала их. Но когда ей попадались «чужие», звонила к соседке по этажу и обвиняла ее в том, что она специально дрессировала свою кошку портить жизнь старой женщине.

Если мы поразмыслим об этом виде бреда, первое, на что невольно обратим внимание, — на понятность и узнаваемость этих идей. Чтобы «вчувствоваться» в их содержание, эмпатически пережить то, что переживает старик-сосед, чтобы «транспонироваться» в его внутренний душевный мир, Неф необходимости совершать познавательный подвиг, достаточно вспомнить обычные сцены коммунальной жизни, перечитать еще раз М.А. Булгакова с его гениальным определением, как «квартирный вопрос испортил жизнь москвичам». Это настолько понятный и узнаваемый вид бреда, что при нем больной, согласно нашим суждениям, никогда не находится в «инобытии», он всегда здесь, на нашей грешной, коммунальной почве, рядом с нами, он не думал переходить «на другие берега» и не думал «замыкаться в улитке» болезненного аутизма, он, наоборот, навязывает всему окружающему миру свою коммунальную «правду». Изумительные примеры бреда малого размаха (бреда ущерба) можно встретить в художественной литературе. В романе А. Марининой «Пружина для мышеловки» мы встречаемся со стариком, старше восьмидесяти лет, который обвинял племянницу в воровстве, в том, что она не кормит его, не разрешает брать со стола сладости и пищу. Участковый милиционер, услышав эти обвинения, зайдя в комнату к старику, увидел следующее: «...в глубоком мягком кресле восседал дядя Жора с телевизионным пультом в руке. Напротив него стоял дорогой телевизор с большим экраном. Помимо кресла и телевизора, здесь стояли кровать, аккуратно застеленная и накрытая золотистым шелковым покрывалом, шкаф для одежды, небольшой диванчик с подушками и шерстяным пледом и два стола. ...большой стол, расположенный рядом с креслом, поразил мое воображение напрочь: он весь был уставлен большими и маленькими вазочками с конфетами, халвой, зефиром, пастилой, печеньем разных сортов. На отдельной тарелке лежали несколько изрядных кусков того самого торта, на который с таким вожделием глядел старик, находясь в гостиной. Надо признать, на том столе, за которым меня собирались поить чаем, разнообразие десертов было не столь изобильное, как здесь у дяди Жоры...

— Зачем ты это трогаешь — завопил он. — Ты у меня и так все украла, это мое последнее, на похороны отложено. Вот товарищ из милиции, я при нем официально заявляю: ты воровка, ты все у меня украла, оставила нищим и бездомным. У меня было все! А теперь у меня ничего нет!» [49].

Парафренические синдромы — последние из рассматриваемых бредовых расстройств. Частично мы касались этих синдромов, когда изучали бред величия, бред Котара и иные виды фантастического бреда. Итак, парафренический синдром — один из самых сложных по своей структуре. Он включает в себя многочисленные и разные по фабуле виды бреда. Перечислим основные из них. Идеи величия, богатства, иного происхождения, мессианства, воздействия, антагонистический (манихейский) бред, метаморфозы, одержимости, ипохондрический (Котара). Нередко бред сопровождается псевдогаллюцинациями, фантастическими конфабуляциями, психическими автоматизмами. Как правило, имеется аффективное сопровождение — благодушие, приподнятость настроения, гипоманичная окраска. Еще в 1939 г. советский психиатр Коган издал в Одессе монографию, посвященную парафреникам. Сейчас — это библиографическая редкость. Он выделял четыре вида парафрений, считая их как бы отдельным видом психоза. Если не настаивать на самостоятельной нозологии, то эта классификация является одной из лучших. Он различал следующие парафреники: фантастическая, систематизированная, галлюцинаторная и конфабуляторная.

Парафреники

Первый вариант, **фантастическая парафреника** — превалирование фантастического (часто нелепого) бреда величия. Старые описания типичных клинических проявлений прогрессивного паралича были наполнены примерами такого фантастического бреда с несметными богатствами, владельцами которых становились паралитики, постепенно деградирующие в тяжелую деменцию, через этап крайне нелепого бреда величия, высокого происхождения или богатства. Сюда же условно можно было бы определить фантастический парафренический бред при онейроидно-кататоническом приступе шизофрении, но в таком случае он является

довольно скоропреходящим и к устойчивой парафрении относиться не может, так как пока у нас идет речь о так называемой парафрении с хроническим течением.

Систематизированная парафрения — это финал динамики параноидной шизофрении, когда систематизированный паранойяльный бред переходит в параноидный, который, в свою очередь, финиширует парафренным бредом. Он может быть различного содержания. Но чаще всего это — персикаторный бред (преследования, физического, психического воздействия), обрастающий парафренными «добавками» с возрастанием личной роли преследуемого преследователя до степени могущества, величия и иного высокого происхождения. В эту же форму парафрении финиширует бредовый вариант синдрома Кандинского-Клерамбо. Возвращаемся, вновь мысленно, к случаю с нашим больным, совершившим убийство жены на фоне текущего парафренного синдрома с автоматизмами, масштабным бредом персикаторного характера — всемирной войной, ракетами под землей и прочими бредовыми чудесами.

Галлюцинаторная парафрения является, в свою очередь, чаще всего финалом развития галлюцинаторного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, отличаясь от последнего присоединением элементов парафренности (масштабности, громадности) к уже имеющимся видам бреда физического и психического воздействия, рутинностью псевдогаллюцинаций. Воздействие, физическое и психическое, уже оказывает не сосед Вася, а как минимум пришельцы из космоса, инопланетяне, всемирный, вселенский разум, боги или служители дьявола и т.п.

Конфабуляторная парафрения — особый, исключительно яркий психопатологический феномен. Рассказы больного заполнены многочисленными, постоянно меняющимися конфабуляциями. При этом они носят необычно пышный, яркий, масштабный характер. Больные «вспоминают» не эпизоды общения с бабой Клавой, не собственные, не совершенные в реальности поступки, а фантастические эпизоды звездных войн с их личным участием, проживание в прошлые годы в дворцах и теремах. Как в сказке, она была и столбовою дворянкой, и царицей, и даже владычицей морскою. Вспомним Берлагу. Вот если бы он в палате сумасшедшего дома, где решил симулировать ненормального, говорил о себе, как вице-короле Индии в прошедшем времени: «Я был вице-королем Индии, я покорял индейцев Америки, я вместе с Миклухо-Маклаем осваивал Новую Зеландию, я летал на Луну на «Аполлоне» и т.д. и т.п., то такие рассказы очень бы походили на фантастические конфабуляции. В отличие от заместительных конфабуляций у обычных травматиков, сосудистых больных, уровень интеллектуального поражения которых не достигает степени наличия нелепого бреда, при конфабуляторной парафрении их ложные воспоминания не такие конкретные, не бытовые, а всегда поражающие воображение слушателя и собеседника.

Один больной сообщает, что он лично присутствовал при казни Иисуса Христа, обтирал полотенцем кровоточащие раны и язвы Христа. Другой поведал, что он в бункере Гитлера устанавливал бомбу, и только случайность спасла его от неминуемой гибели. Третий рассказывает, как месяца два назад он уговаривал Бен Ладана направить удар возмездия не на Россию, а на «продажный Израиль», при этом требует привести к нему немедленно мэра города, чтобы сообщить ему о грозящей катастрофе.

Отдельно в общей психопатологии рассматривается парафренный синдром с острым или подострым течением. Вот к этим состояниям как раз и относятся приступы онейроидной кататонии, при которой мы обнаруживаем чувственный бред фантастического содержания с идеями величия, реформаторства, мессии-нерства, высокого происхождения, физического и психического воздействия, сопровождающиеся массивными псевдогаллюцинациями, психическими автоматизмами. Как правило, для такой острой парафрении характерны крайняя изменчивость фабулы, подвижность всей клинической картины, обязательное сопровождение ярко выраженными эмоциональными нарушениями от глубокой эндогенной депрессии, страха, тревоги до повышенно-экстатического настроения. Более подробно данный вид парафрении будет представлен при изучении динамики приступа онейроидной кататонии.

Нарушения эмоциональной сферы

Переходим к изучению самых часто встречающихся у современного человека (в человеческой популяции) психических нарушений. Говорят и пишут, что депрессией страдают в разные периоды жизни до 33-35% всех живущих на Земле людей. Не будем оценивать достоверность данной статистики, но то, что депрессия — самое часто встречающееся психическое расстройство — несомненно.

Эмоция — переживание человеком своего отношения к окружающему миру и самому себе. И это — одно из самых кратких определений. Слово произошло от латинского «*emoveo*» (потрясаю, волну); в современном виде это французское слово «*emotion*» (волнение). Словарь иностранных слов определяет слово как «Душевное волнение как реакция человека или животного на воздействие внутренних и внешних раздражителей; имеет ярко выраженную субъективную окраску и охватывает все виды чувствительности и переживаний». Расстройства эмоциональной сферы проявляются пятью видами нарушений:

- понижением интенсивности;
- повышением интенсивности;
- сглаживанием, снижением и утратой амплитуды колебаний эмоций (эмоционального ответа);
- неустойчивостью;
- качественным искажением эмоций.

Симптомы снижения настроения (гипотимии). В узком смысле слова к этим симптомам относятся все виды депрессий, любой степени. Пониженное настроение встречается весьма часто у психически здоровых людей как закономерная реакция человека на те или иные события его жизни, имеющие негативный характер. Мы все печалимся, когда болеют или умирают наши близкие, друзья или знакомые. У нас портится настроение, когда мы сами или наши дети плохо учатся, неважно работают или не ладят друг с другом. Эти виды снижения настроения очень понятны, так же понятны и эмпатически приемлемы, как все виды психогенных и реактивных депрессий. Для познания видов депрессий крайне просто транспонировать себя в психическую душевную жизнь пациента, ибо нет на свете человека, который хотя бы раз в жизни не переживал подавленное настроение независимо от его причины. Депрессия по своей степени делится на легкую - субдепрессию и выраженную — депрессию как таковую. Выраженную депрессию называют еще тоской. Но давайте все по порядку. И сначала мы поговорим о типичной эндогенной депрессии как эталоне понятия депрессии в сравнении с типичной реактивной. Это будет наше введение в проблему депрессий. Итак, при эндогенной типичной депрессии у пациента выявляется три кардинальных признака: чувство тоски, нередко с витальным оттенком (локализацией тоски в конкретном физическом фрагменте тела пациента — за грудиной области, в верхней части живота, в голове, туловище, подлопаточной области, иногда в весьма непривычных местах — пятках, ягодицах, коленках, половых органах); идеаторная (ассоциативная) заторможенность; двигательная заторможенность.

Если мы проанализируем так называемые объективно познаваемые психопатологом признаки депрессии как субъективного психического расстройства, разложив депрессию на составные части, мы обнаружим отсутствие явных отличительных признаков эндогенной депрессии от реактивной, если их рассматривать исключительно в рамках объективной психиатрии. В самом деле, двигательная заторможенность, постигаемая психопатологом с помощью своих органов чувств во внешнем облике и моторике больного, может быть при реактивной депрессии такой же или даже более выраженной, чем при эндогенной депрессии. Мать, испытывающая чувство великого горя от потери ребенка, может стоять «соляным столбом» и будет способна передвигаться только в случае подталкивания ее родственниками или знакомыми на похоронах. Идеаторная заторможенность, проявляемая в резком замедлении течения ассоциативного процесса и речи, воспринимаемая «объективно» психопатологом в виде замедленной речевой продукции, также будет сходной. И при эндогенной, и при реактивной депрессии замедление ассоциаций и речи может доходить до полной остановки и мутизма. И только при познании третьего кардинального признака депрессии — чувства тоски - появляется возможность найти определяющую суть феномена. Чувство тоски, также имеющее место во внешних признаках, постигается в этой части психопатологом с помощью своих органов чувств и непосредственного чувственного познания. Сознание врача направлено на печальный взгляд, тихий голос, скорбную мимику пациента. Будет ли она существенно отличаться при эндогенной глубокой депрессии от той мимики и выражения глаз, наблюдаемых у пациентки с реактивной депрессией? Может отличаться, а может и нет, т.е. отличие проблематично. Есть несколько дополнительных признаков эндогенной депрессии, скажем, суточные колебания настроения с ухудшением настроения в утренние часы. Это, говорят биохимики, — проявления суточных колебаний обмена нейромедиаторов, который может быть изменен так, а может и быть инверсионным. Существенно будет отличаться переживаемое больным чувство тоски. Но тоска, как душевное переживание другого человека, простому непосредственному наблюдению врача-психопатолога недоступна. Ясперс предлагает использовать транспонирование, эмпатию и понимание для познания в качестве «непосредственно данного» такого субъективного феномена больной душевной жизни. Сможем ли мы на этом пути познания выявить различия эндогенной депрессии и невротически-реактивной. Говорят, что при реактивной всегда будет психогенная

причина. Да, это так, но разве не может начаться эндогенная депрессия после тяжелой психической травмы? Сколько угодно. И такой вид патологии имеет собственное название — «эн- дореактивная дистимия Вейбрехта». Таким образом, главным и определяющим моментом остается субъективно переживаемое чувство тоски, которое часто именуют витальной тоской. Что это такое, если предположить, что дело не только в локализации тоски в каком-либо конкретном месте в теле человека? Само понятие «витальность» (жизненность) значительно шире. Наверное, при витальной тоске речь должна идти о глобальном изменении жизнеощущения, появлении невыносимого ощущения одиночества, отделенное™ от мира. Непереносимость тоски схожа, по словам самих больных, с тоской человека, ощущающего приближение смерти, ухода из мира, ухода от людей, от близких и родных. Несомненно, статистически чаще при эндогенной тоске в ранние утренние часы пациенты ощущают усиление тоски, и это — очень важный с практической точки зрения признак, ибо он предлагает нам — врачам, сестрам и младшему персоналу — в ранние утренние часы проявлять особую бдительность, не оставлять больных наедине со своей бездонной тоской. Из более чем нескольких десятков вариантов депрессий для начинающего врача особенно необходимо быстро и умело опознавать два варианта — депрессию с тревогой и депрессию с анестезией. Чем характеризуется тревога? Во-первых, это пониженное настроение. Во-вторых, человек испытывает сильное внутреннее напряжение и ожидание какой-то беды, несчастья, горя, катастрофы, чувство какого-то неопределенного, как бы общего характера. Этим тревога отличается от чувства страха, где пониженное настроение всегда сопровождается ощущением непосредственной, конкретной угрозы. Если мне в ближайшее время будет плохо, не знаю, что именно случится, но «всё против меня», судьба повернулась спиной и мне угрожает - это тревога. Завтра вечером должны прийти бандиты «двадцатьдевятники» и застрелить меня из пистолета с глушителем — это страх. Когда страх настолько велик, что человек цепенеет или совершает хаотические, бесцельные движения: бежит, прыгает из окна, бросается из двери мчащегося поезда или автомобиля, такой резко выраженный страх люди именуют ужасом. Когда пациент испытывает невыносимой силы тоску, тревогу или страх, на фоне которых появляется неистовое, неукротимое возбуждение, развивается состояние, именуемое раптусом. Если же это состояние сопровождается нанесением самоповреждений, попытками самоубийства — это меланхолический раптус. Кто хоть раз в жизни собственными глазами увидит, как больная бьется буквальным образом головой о стену и услышит при этом глухой стук, не сможет забыть это всю оставшуюся жизнь.

На наших глазах больная в раптусе не только билась головой о стену своей палаты, но и вырывала большими пучками волосы со своей головы. Пыталась вырвать глазные яблоки, и только санитарки, удерживающие обе руки, мешали совершить это самоувечье.

Часто встречается депрессия в виде болезненного бесчувствия, *anaesthesia psychica dolorosa*, именуемая некоторыми авторами как скорбное бесчувствие. Человек болезненно переживает собственное бесчувствие, его тоска лишена эмоционального резонанса, депрессия анестетична. Такая депрессия может длиться месяцами, иногда годами.

Нам пришлось наблюдать пациентку, у которой анестетическая депрессия длилась в общей сложности 12 лет непрерывно. Она перепробовала все виды антидепрессантов, имеющихся на то время, от ингибиторов МАО до всех видов трициклических. Ее депрессия закончилась вместе с жизнью, она покончила собой, спрыгнув с крыши здания женского отделения.

Как часто отмечается так называемая большая депрессия? В развитых странах она встречается у 2,3—3,2% мужчин и у 4,5—9,3% женщин. Риск заболеть депрессией составляет соответственно 7—12% и 20—25%. Ежегодные финансовые потери от депрессии только в США, которые включают затраты на лечение, пропущенные рабочие дни и потерю трудоспособности, составляют 43 млрд. долларов.

Дисфория. Гипертимия

Дисфория — сочетание пониженного фона настроения с раздражительностью, озлоблением или злобой. Настроение может колебаться от легких субдепрессивных эпизодов до выраженной глубокой тоски. Точно так же и раздражительность по степени выраженности проявляется от придирчивости, обидчивости, недовольства или ворчания до напряженной злобы и ярости. Состояние дисфории - это бич отделений, где сосредотачивается много больных эпилепсией или органическими расстройствами головного мозга. Возникает это психическое

нарушение и по механизмам эндогенного (аутохтонного) процесса, и как психогенная реакция на самые разные, чаще всего незначительные поводы — бранное слово соседа по палате, неуважительное обращение медицинской сестры или санитаря, отказ в предоставлении добавочной порции супа, непроглаженное постельное белье. Начинающим врачам всегда нужно помнить, что в реальной жизни чаще всего нападениям эпилептиков подвергаются именно те сотрудники и больные, которые проявляют так называемые мелкие пакости в отношении них. Чем более спокойным, уважительным и эмпатическим будет отношение к ним, тем менее вероятен факт дисфорической агрессии. Одна наша больная с грубыми эпилептическими изменениями личности, очень крупная дама, несколько дней караулила доктора возле его квартиры с кирпичом в руке, обидевшись на невнимательное и несколько высокомерное отношение к ней. Только счастливая случайность уберегла доктора от «встречи с кирпичом».

Гипертимия. При ней проявляется болезненно повышенное настроение в разной степени выраженности, от легкой гипомании до выраженного маниакального состояния. Простая, веселая гипомания довольно легко диагностируется. Веселое, бесшабашное, легкое лучезарно-солнечное настроение с незначительно ускоренной речью, двигательным оживлением, нерезко выраженной гипермнезией, цитированием пословиц, поговорок, шуток, метафор, перечислением своих знаменитых знакомых и друзей — весьма понятный и легко уловимый феномен. Значительно сложнее дело обстоит с так называемой гневливой гипоманией.

В кабинет ускоренной, пружинящей походкой влетает средних лет мужчина и начинает с порога высказывать обвинения в организации прохождения медицинского осмотра в нашем учреждении. Речь его незначительно ускорена, с легким напором, сопровождаемая обильной жестикულიцией. Мимика экспрессивная, выражение глаз осуждающее, гневное. Посетитель источает громы и молнии в адрес «бюрократов от медицины». Трудно сразу заподозрить эндогенное психическое заболевание, так как сюжетом его гневных тирад являются, как правило, реальные события, жизненные коллизии и явления.

Что помогает правильно опознать психопатологическую природу феномена? Цикличность таких «походов за справедливость». В отличие от паранойяльной «правозащитной» деятельности, гневного монолога сутяги, длящегося у сутяги всю его жизнь, в случае гневливой гипомании имеется точно такая же цикличность состояний как при обычной простой мании или гипомании. В отличие от паранойяльного сутяги, речь и мышление все же будут чуть-чуть ускорены. И наконец, может быть главное — при паранойяльном гневном монологе основная идея, мысль, суть претензий и борьбы за «праведное дело» остаются неизменно устойчивыми. При гневливой гипомании, хотя и не очень заметно, нить монолога, содержание обвинения могут меняться, колебаться, лавировать в зависимости от колебаний внимания, внешней ситуации, предвходящих обстоятельств.

В нашем примере пациент, забежавший в кабинет главного врача с целью разоблачить бюрократическую организацию медосмотра, увидев на столе руководителя современный компьютер, может переключиться «по ходу дела» на разоблачение разбазаривания государственных средств, т.е. неустойчивость внимания как одно из главных проявлений мании и гипомании обязательно должна сказаться на клинических проявлениях этого нарушения.

Эйфория

Развернутая мания проявляется прежде всего известной маниакальной триадой — ускорением течения ассоциаций — идеаторной и двигательной расторможенностью и повышенным, причем резко, фоном настроения. Те, кто хотя бы один раз увидит настоящего маниакального больного, не забудут его никогда и не спутают ни с кем. Больные резко подвижны — ходят по кабинету, размахивают руками, садятся, встают, подходят к окну, открывают и закрывают шторы. Берут различные предметы на столе, хватаются за телефон. Речь их резко ускорена, изобилует прибаутками, шутками, метафорами, поэтическими цитатами, нередко и собственным поэтическим творчеством. Начинают вдруг петь, пританцовывать. В резко выраженных случаях речь становится бессвязной, так как из-за выраженного нарушения внимания наступает апрозектическая спутанность. Нередко мания сопровождается быстро возникающими голотимическими идеями повышенной самооценки, могущества и величия. Это уже вариант сложной мании. Внешне похожее, но по сути — совершенно

иное состояние — мория, возбуждение с дурашливой веселой и примитивной клоунадой, паясничаньем, плоскими, циничными и грубыми шутками. Нередко мория сопровождается интеллектуальным снижением.

Психиатры выделяют, особенно в сфере наркологии, так называемую рауш-манию — сочетание гипомании или мании с легким оглушением, обнуляющей сознание. Нередко возникает после употребления большой дозы транквилизаторов, циклодола, иных психоактивных веществ. Особое и редко встречающееся состояние нарушения эмоциональной сферы — экстаз — повышенное настроение с восторгом, безмерным восхищением, ощущением провидения, постижения смысла «последних вопросов бытия», четко описано в «Идиоте» Ф.М. Достоевского в виде особой психической ауры у князя Мышкина. Встречается в структуре онейроидных переживаний, эпилептических и истерических психозов. Может вызываться искусственно, особыми приемами псевдопсихотерапевтического воздействия у молящихся лиц, в некоторых религиозных объединениях и группах «психологической поддержки» в виде коллективного индуцированного помешательства.

Эйфория — слегка повышенное, пустое, беспечное, легкомысленное настроение. Сопровождается пассивностью, недостаточной произвольной деятельностью. Как правило, редко бывает повышенная речевая продукция. Всегда отмечается временное или постоянное, легкое или выраженное интеллектуальное снижение. В обыденной жизни часто проявляется при легком простом алкогольном опьянении, состоянии, эмпатически пережить которое не составит никакого труда подавляющему большинству психиатров, ибо все мы в разные моменты жизни испытывали эйфорию после бокала шампанского или 100 г горячительного напитка.

В купе поезда заходит мужчина лет пятидесяти, заполняя помещение запахом коньяка, дорогих сигарет и дорого мужского одеколona. Быстро знакомится с попутчиками, ставит на столик фляжку с коньяком. Предлагает всем благородный напиток и рассказывает пару свежих анекдотов. Вслед проводнице бросает скороговоркой: «Какая аппетитная попка!» Громко посмеивается над названием «Идиот» известной книги соседа по купе. Наутро тот же самый человек — хмур, немногословен, скромнен. То и дело повторяет: «Извините, простите, можно зайти?»

Бойтесь собственной беспечности к этому беспечно повышенному настроению у больного в приемном покое, который не злоупотребляет спиртным. Из всех симптомов психической патологии — это один из самых грозных и серьезных, свидетельствующих о какой-то грубой органической патологии мозга, как и легкое оглушение — об опухоли мозга, сосудистой «катастрофе», тяжелой нейроинфекции.

К нарушениям эмоциональной сферы принято относить аффекты — физиологический и патологический. Но мы рассмотрим эти нарушения в главе по нарушениям сознания. Дело в том, что главное проявление и, что самое важное, основное последствие для самого пациента и окружающих лиц выражает в структуре аффекта не столько сама по себе бурная эмоция, сколько сужение или помрачение сознания, которые и диктуют ту или иную линию поведения человека.

Апатия и Эмоциональная нивелировка

Апатия (в переводе с греческого языка - бесстрастие) - особое аффективное состояние. Для нас интересно появление этого понятия, которое изначально и не относилось к какой-либо патологии. Древнегреческие философы из течения стоиков этим словом определяли особое, в высшей степени нравственно совершенное, состояние души философа, спокойно принимающего и радость, и несчастье, который предельно равнодушно относится к лишениям и страхам. Один из представителей стоиков переводил слово «апатия» как «душу, недоступную для любого страдания». Апатия может развиваться вследствие длительной и тяжелой болезни тела, долгой, изнурительной и безуспешной борьбы человека за свои интересы и идеалы. Это апатия психически здорового человека. У душевнобольных апатия является очень тяжелым и глубоким признаком заболевания, говорящим о длительности и запущенности процесса. Она проявляется полным безразличием к самому себе, окружающим людям, каким-либо обстоятельствам жизни, ситуациям, событиям. При апатии некоторые авторы говорят о полном «параличе эмоций».

К особым качественным нарушениям эмоциональной сферы относятся три чрезвычайно важных феномена — эмоциональная нивелировка, эмоциональное снижение и эмоциональная тупость.

Эмоциональная нивелировка — снижение чувственного эмоционального резонанса. Если задеть струну гитары, ее деревянный корпус «откликнется и заговорит» особым гитарным звуком. Такое явление называется

резонансом — ответными и согласующимися колебаниями двух резонирующих тел. Если «тронуть» за душу человека каким-либо психическим воздействием, душа человека, его психическое «Я» обязательно откликнется, резонирует в ответ на это воздействие. В норме ответная реакция будет соответствовать по величине, силе и качеству действующему агенту. Представьте себе, что артист сильно тронул гитарную струну, а она слабо пискнула. Значит что-то не в порядке с инструментом. При данном психическом расстройстве наблюдательный врач отметит легкое несоответствие какого-либо психогенного воздействия и развившегося переживания. Под психогенным воздействием в данном случае мы будем понимать любое внедрение внешнего мира в психику человека. Поскольку эмоциональная нивелировка — первая и весьма деликатная степень эмоционального оскудения — опознать этот феномен непросто. Кроме того, имеется много людей, от природы сдержанных, скупых выражающих свои эмоциональные реакции в течение всей жизни. Как же установить, что врач имеет дело именно с нивелировкой? Во-первых, этот феномен обязательно надо рассматривать на протяжении всей жизни, сравнивая эмоциональные ответы человека в разные периоды жизни. Коль скоро родственники свидетельствуют, что пациент всю жизнь отличался ровными, спокойными реакциями на многие события и ситуации в жизни, нужно быть трижды осторожным в подозрениях на нивелировку. Что может стать первым звоночком о возникновении эмоциональной нивелировки?

Как-то раз в ответ на вопрос врача, беспокоится ли больная как мать об оставленных с отцом детях, женщина ответила: «Я скучаю, но особо не беспокоюсь, так как отец все умеет, а кроме того, в нашей Советской стране о детях всегда позаботятся».

Молодой человек, ранее трепетно относящийся к своей жене, в очередной день рождения вместо букета любимых женщиной роз принес в горшочке пальму. Не в замене, конечно, разница, а в мотивации: «Розы быстро вянут, дорого стоят, а эта пальма будет десять лет зеленой и окупится многократно».

Юноша три года подряд в день Восьмого марта дарил своей девушке стихи, не пушкинские шедевры, но искренние и от сердца. Все детство и отрочество он отличался возвышенным, романтическим складом характера и такими же отношениями к представителям противоположного пола. Поэтому искренне удивил свою подругу, когда, будучи одиннадцатиклассником, он подарил своей возлюбленной толстый фолиант примерных школьных сочинений для подготовки к вступительным экзаменам в вуз. Вновь дело не в замене подарка, а в мотивах едва заметной перемены, высказанных им: «Хватит делать глупости, пора перестать быть наивным, впереди серьезная жизнь, эта книга ей нужнее, чем мои воздыхания и стишки». Вот это нежелание «делать романтические глупости», эта внезапная появившаяся рациональность в поведении, арифметическая калькуляция вместо сердечных порывов и есть чаще всего признаки начинающейся эмоциональной нивелировки у человека, ранее не отличавшегося математически выверенным и взвешенным отношением к жизни. Еще раз хочется подчеркнуть, что такие тонкие изменения могут заметить только внимательные и очень близкие люди. Более того, именно они обращают внимание врача на едва заметные перемены. Перемены настолько деликатные, что многие из нас и не принимают их за какие-то нарушения. Но психиатр должен внимательно слушать и чутко слышать эти нюансы. Мы же приводим эти примеры не как выдающиеся шедевры диагностического искусства специалиста, а как ретроспективные воспоминания двух матерей о периоде дебюта психического заболевания у их сыновей.

Эмоциональное снижение и Эмоциональная слабость

Эмоциональное снижение в отличие от нивелировки есть развернутая, как бы средняя стадия утраты эмоционального резонанса. Это состояние клинически опознается уже в статусе и не требует развернутого сравнительного погодного анамнеза. В обращении и рассказах о близких родственниках пациент зачастую использует такие определения: мать, отец, сестра, брат, сын, дочь. Не употребляет уменьшительно-ласкательных выражений, нередко отказывается обращаться по имени. Если в первом случае больной заменял розы горшком с цветком, то сейчас он вообще не дарит подарка, не поздравляет с днем рождения, мотивируя это простым и резко отточенным тезисом, как параграф устава: «Каждый год приближает смерть, с чем поздравлять?» В этой фразе вовсе не юмор или шутка, а спокойно-трезвое отношение.

«Ты почему не встал ночью, не подошел к больному отцу-старика, не подал стакан воды?» — спрашивает жена нашего больного. «Онуже свое пожил, пора и на вечный покой. И вообще, я устал, отстань от меня», — отвечает

больной. При выраженном эмоциональном снижении появляется заметно более равнодушное, чем ранее, отношение не только к близким людям, но и к самому себе. Что это значит на житейском бытовом уровне? Человек заметно хуже следит за своим внешним видом, опрятностью в одежде, чистотой своего тела, регулярностью гигиенических процедур. Он может забывать чистить зубы, стричь ногти, умываться и подмываться, подравнивать усы или бороду. Он начинает терять интерес к тому впечатлению, которое производит на окружающих людей.

Эмоциональная тупость - крайняя степень эмоционального снижения, признак выраженного дефекта или конечного состояния при шизофрении. Больные с тупостью — это, как правило, пациенты хронизированных отделений психиатрических больниц, домов-интернатов. Заброшенные, одиноко прозябающие бродяги, бомжи, «археологи» городских мусорок и свалок. Опустошение чувств проявляется тотально. Если перевернуть фразу А.П. Чехова, то можно сказать, что у больного с эмоциональной тупостью она проявляется «и в лице, и в одежде, и в душе, и в мыслях».

Мы входим в квартиру, словно в бомбоубежище. Выражение лица больного разглаженное, пустое, как выжженная после атомного взрыва земля. Одежда грязная, засаленная, представляет собой хламье из ближайшей помойки, издающая зловонный запах. Таким же примерно выглядит и жилище пациента — разбросанные вещи, тряпки, годами накапливающийся кал от кошек или собак. Тараканы, ползающие и не боящиеся человека, свисающие, оборванные обои, отвалившаяся плитка в ванной. Десятилетние напластования ржавчины на всех туалетных и водопроводных приборах. Газовая плита с сантиметровыми накоплениями нагара, остатков пищи, грязнущей посуды. Кожа больного в трещинах, расчесах, исцарапанная, со следами чесотки или педикулеза. Ногти заворачиваются и выглядят копытами, по величине нестриженных ногтей можно судить о степени эмоциональной тупости этого пациента. Больному абсолютно безразлично то впечатление, которое он производит на нас. Душа — так же пустынна, как и лицо. Ни сострадания к болеющему и умирающему отцу, ни радости от присутствия маленьких племянников.

Иногда тупость проявляется на фоне внешнего относительного благополучия. Тогда при благообразном внешнем виде пациент может убить родного брата только за то, что тот не вовремя включил телевизор и помешал нашему пациенту заснуть. Нередки случаи псевдосадистских действий, жестоких и страшных по содержанию, но не имеющих никакого отношения к сексуальным влечениям.

Эмоциональная слабость — особый вид аффективного расстройства, чаще всего встречающийся у лиц с органическими заболеваниями мозга, сосудистыми нарушениями, психической патологией позднего возраста. Главными проявлениями являются резкие и быстрые колебания настроения. Минуту назад бабуля плакала, причитала, жаловалась на жизнь и судьбу, и вот уже смеется, протягивает руки к внучке, умиляется и радуется проделкам девчонки. В норме такие резкие колебания характерны для детей младшего возраста. Недаром в народе говорят, что стар и мал — одно и то же. Иногда эмоциональная слабость достигает очень выраженных проявлений, у больных наблюдаются насильственный смех и плач. Такое состояние психиатры называют эмоциональным, или аффективным недержанием.

Паратимия, или неадекватный аффект (правильнее, наверное, все же говорить о неадекватных эмоциях). При этом состоянии отмечается явное несоответствие эмоциональной реакции человека на вызвавшую ее ситуацию или переживание. На эту тему есть масса народных сказок, когда впереди свадьбы идет сказочный герой Иван-дурак и плачет. Его побили, сказали, что нужно радоваться и смеяться. В следующий раз он примкнул к похоронной процессии и начал плясать и хохотать. Замечательный пример приводится во «Введении в клиническую психиатрию» Г.В. Морозова и Н.Г. Шумского, когда в ответ на сообщение о несчастном случае больной со смешком заметил: «Здорово, так-таки и умер старый хрыч?» [50].

Депрессии без депрессии или маскированные депрессии

Переходя к изучению аффективных синдромов, мне хотелось бы начать не с типичных депрессивных состояний, простых и сложных, а с так называемой «депрессии без депрессии», «маскированной депрессии», ларвированной депрессии. Если считать ее по уровню выраженности минимальной, недаром этот вид пониженного настроения назван парадоксально «депрессией без депрессии», то по своим последствиям и

значимости это расстройство отнюдь не минимальное. Когда психиатры стали диагностировать этот вид депрессии? Принято считать, что этот вид депрессии определяется лишь последние 30—40 лет. Но это далеко не так. Первые сообщения об особых видах депрессии, при которых больные не жаловались на снижение настроения, появились очень давно, чуть ли не в начале прошлого века. Ю. Каннабих в 1904 г. впервые употребил термин «эквиваленты депрессивного состояния». Д.Д. Плетнев в 1927 г. написал работу «К вопросу о соматической циклотимии». В 1929 г. В.К. Хорошко описал «Случай ритмической гипертермии — как соматической циклотимии». Психиатры давали этому нарушению разные названия: депрессия без депрессии, скрытая депрессия, маскированная, ларвированная, вегетативная, соматизированная, тимопатические фазовые эквиваленты, упущенная депрессия, матовая депрессия и т.д. В.Д. Десятников и Т.В. Никитина в 1978 г. отметили, что 77,4 % из 62 наблюдаемых ими больных с глоссальгиями при наличии интактного зуба страдали скрытой депрессией [25]. Walcher в 1973 г. описал случай, когда женщина страдала болями в животе, по поводу чего ей удалили желчный пузырь, аппендикс, затем матку. После каждой операции ей становилось все хуже. Готовясь к очередному оперативному вмешательству, она решила посоветоваться с психиатром, который диагностировал скрытую депрессию и в течение 6 нед. вылечил ее антидепрессантами. Боли и неприятные ощущения прошли.

В 1972 г. Edgell опубликовал данные о 150 больных, которые в общей сложности перенесли 740 терапевтических и хирургических обследований и процедур. Как оказалось позднее, более половины из них страдали скрытой депрессией. Все авторы сходятся на том, что главная трудность правильной диагностики и курации таких больных заключается в том, что сами больные, как правило, не жалуются на чувство угнетенности, сообщают врачу только о тех симптомах, которые их особенно беспокоят. А если учесть, что любой врач и любой трезвомыслящий человек понимает, что, имея в качестве клинических симптомов боли в сердце, непереносимый зуд, запоры или поносы, боли в поясничной области, суставах, сильные головные боли или головокружения, пациенты вряд ли будут при этом выказывать замечательное настроение, то любые слегка выраженные колебания настроения, «тусклость, матовость, легкая апатия, снижение жизненного тонуса, снижение оптимизма» и прочие субъективные жалобы больных будут расцениваться как вполне адекватные, соответствующие реальной ситуации. Уже из самих названий, уважаемые коллеги, вы можете установить, что речь идет, по меньшей мере, о трех важнейших качествах данной психической патологии: 1) психиатры считают описываемое состояние депрессией; 2) клинические проявления этой депрессии очень необычны, вплоть до отсутствия клинических признаков пониженного настроения как такового; 3) в самих названиях очень часто упоминаются какие-то соматические феномены. Сделав отметину для себя об особенностях названий данных состояний, попытаемся разобраться, о чем же идет речь. Мы не ставим задачу дать исчерпывающую клиническую картину данного синдрома (еще большой вопрос - синдром ли это или нозологическая единица?), да это и невозможно в рамках этих глав. Необходимо нацелить вас на принципиальную возможность, причем очень вероятную, появления в вашем врачебном кабинете таких пациентов, и значительно чаще, чем вы можете ожидать. Ученые считают, что количество пациентов со скрытой депрессией раз в 10—20 превышает число больных с явно выраженной патологией. Что же это получается? На каждого депрессивного больного, страдающего тоской, приходится десяток пациентов, не отмечающих у себя признаков депрессии, но не менее опасных для самих себя, чем явные депрессивные больные. Именно последнему умозаключению психиатрия и обязана бурному развитию учения о скрытых депрессиях. Впредь мы будем именовать это состояние маскированной депрессией, так как, на наш взгляд, это название наиболее точно отображает суть данной патологии. В чем же состоит эта суть? В той же последовательности, что мы оценивали название, начнем постигать эту суть.

В монографии «Психосоматические расстройства» В.Д. Тополянского и М.В. Струковской приводятся примеры масок соматизированной депрессии:

1. Невозмутимость, черствость — застывшая маска человека, у которого «изо рта шевелит ногами непрожеванный крик» (В.В. Маяковский).
2. Открытая враждебность по отношению к окружающим.
3. Повышенная, но малопродуктивная трудовая активность.
4. Тяга к путешествиям.
5. Ирония, сарказм, неистовая бравада.
6. Мучительное сексуальное возбуждение.
7. Булимия или полидипсия.

8. Злоупотребление кофе или кофеином.
9. Алкоголизация — «неудержимая потребность огорченной души» (М.Е. Салтыков-Щедрин).
10. Псевдолекарственная зависимость.

Для понимания маскированности депрессии, ее соматизации, попробуем исследовать так называемые функциональные нарушения работы сердца, которые во многом, если не во всем совпадают с кардиоформными проявлениями маскированной депрессии. Итак, чаще всего при «неврозах сердца» пациенты жалуются на болевые ощущения в области сердца - это так называемая психогенная, невротическая, функциональная кардиалгия. Характер боли крайне разнообразен - колющая, режущая, давящая, тянущая, в виде покалываний, ломоты. Боль сопровождается нередко чувством нехватки воздуха, наличия преграды в груди, «заслонки». Отмечается выраженная изменчивость остроты, локализации, интенсивности боли. Очень характерно так называемое «чувство сердца», причем нередко оно возникает у больных, которые, по их словам, никогда раньше и не знали, где оно находится. Под «чувством сердца» понимают тревогу и беспокойство в области сердца, неловкость в сердце, сердце съеживается или разбухает, не помещается в груди, «вот-вот выскочит», сердце тяжелое или пустое и т.д. Боязнь усиления болей на высоте вдоха нередко приводит к поверхностному и «щадающему дыханию». Чувство неполного вдоха, нехватки воздуха убеждает пациента в наличии серьезного заболевания. Нередко пациенты сами принимают любые лекарства, попадающие под руку, вызывают «скорую помощь», требуют немедленной госпитализации. Авторы «психосоматической медицины приводят два ярких примера. Больной на высоте кардиофобического раптуса принял 17 таблеток нитроглицерина, 2 таблетки валидола и 4 таблетки папаверина. У второй больной после приема 5 таблеток нитроглицерина развилась острая сосудистая недостаточность с длительной потерей сознания. Что помогает в диагностике? Отсутствие электрокардиографических и лабораторных признаков ишемической болезни сердца, даже на высоте болевого приступа. Приемы нитроглицерина не улучшают, а ухудшают состояние. При наличии маскированной депрессии положительный эффект достигается приемом небольших доз антидепрессантов, особенно группы СИОЗа (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), что нередко оказывается диагностикой, осуществленной способом пробной терапии. Признаком маскированной депрессии, как мы уже говорили ранее, являются суточные колебания не настроения, а общего состояния, акцентирование внимания пациентов не на плохом настроении, а на безрадостности жизни, отсутствии прежнего счастливого ощущения наступления нового дня, едва заметное снижение активности, деятельного участия в жизни семьи, рабочего коллектива. Один такой пациент-педагог очень образно рассказывал о себе: «Раньше неровно дышал при появлении в конце коридора школы каждой новой юбки, а сейчас ровно дышу, даже когда вижу юных нимф без юбок и почти обнаженными».

Проявления маскированной депрессии

На втором месте после кардиалгии встречаются функциональные нарушения сердечного ритма. Еще в 1811 г. J.N. Corvsaft писал о возможности экстракардиального генеза тахикардии. Е. Геккер в 1894 г. сообщал о страхе, который заставляет сердце биться крайне быстро и бурно даже при полном отсутствии какой-либо сердечной патологии. В начале и середине XX столетия сразу ряд авторов утверждали, что пароксизмы синусовой и суправентрикулярной тахикардии могут рассматриваться как эквиваленты депрессивной фазы циклотимии (Ю.В. Канна- бих, В.К. Хорошко). У многих больных соответственно суточным колебаниям настроения (а у больных с маскированной депрессией — без ощутимых колебаний настроения) отмечаются приступы сердцебиений. Развитие желудочковой экстрасистолы может провоцироваться уже самой регистрацией ЭКГ. В большинстве случаев, как описывают В.Д. Тополянский и М.В. Струковская, экстрасистолия такого рода возникает преимущественно или только по утрам, в соответствии с суточными аффективными колебаниями настроения, прекращается при эмоциональном подъеме или смене настроения, а также на фоне приема небольших доз amitriptilina. Очень интересная особенность, подмеченная авторами, заключается в том, что «экстракардиальные нестойкие пароксизмальные расстройства сердечного ритма и проводимости развиваются, как правило, при определенной глубине депрессии (преимущественно в начальных ее стадиях), исчезая при нарастании последней или нормализации аффективного статуса больного». Часть таких больных неоднократно госпитализируются в кардиологические отделения, им производят небезобидные исследования (ангиография), назначают антиаритмические средства, не дающие терапевтического эффекта.

Итак, первая наиважнейшая особенность заключается в том, что это состояние есть депрессия, но снижение «удовольствия от жизни», «притупление красок мира», появление нежелания жить, вплоть до суицидальных

размышлений, возникает без четкого и ясного ощущения самого пониженного настроения. Что может сигнализировать о наличии депрессии, которую не осознает сам пациент? Вспомним патогенетические механизмы депрессии. Один из важных аспектов - суточные колебания синтеза катехоламинов и нейромедиаторов (норадреналина, серотонина, допаминов и т.д.), и как следствие — суточные колебания самочувствия и настроения. Если при обычной депрессии больные обращают внимание врача на ухудшение настроения в ранние утренние часы, то пациенты с маскированной депрессией говорят просто об ухудшении самочувствия утром. Самым клинически ярким проявлением маскированной депрессии являются, несомненно, ее соматические эквиваленты, исполняющие роль маски. Вместо подавленного настроения болезнь надевает на «лицо» души больного маску, за которой очень трудно увидеть настоящее лицо заболевшей души. Соматических нарушений, которыми манифестирует маскированная депрессия, очень много: это разнообразные вегетативные нарушения, типичные и не совсем типичные проявления кожных заболеваний (экземы, псориаза, нейродермита), кардиалгические и кардионевротические феномены, многочисленные нарушения в деятельности желудочно-кишечного тракта с необычными запорами или поносами, астматические и псевдоастматические приступы, мигрени всевозможных сортов, нарушения мочеиспускания и половые дисфункции, снижение аппетита и похудание, головная боль и боль в спине типа люмбаго и т.д. Некоторые авторы полагают, что эти феномены есть проявления растянутого по времени первого соматизирующего этапа становления депрессии, который встречается всегда, но в обычных случаях быстро сменяется аффектом тоски.

Пациентка 29 лет жалуется на кожный зуд, экзематозные высыпания и плохой сон (объясняемый ею, впрочем, непрекращающимся зудом). Лечится много месяцев. При случайном разговоре с психиатром (пациентка — коллега, врач) выявляется интересная деталь. Ежедневно, с 5 до 8 ч утра зуд усиливается и сопровождается ощущением какой-то необычной серости жизни. Это мимолетное ощущение исчезает с уменьшением зуда, и самой пациенткой, ее сознанием не фиксируется. По предложению психиатра она начинает прием небольшой дозы антидепрессанта, и спустя 3 нед. зуд значительно уменьшается, а через 2 мес. исчезает совершенно...

Молодой человек, кандидат в мастера спорта по плаванию, абсолютно здоровый, вдруг начинает жаловаться на колющие боли в области сердца, отдающие в подмышечную область, сопровождающиеся незначительной тревогой. Многочисленные обследования ничего не обнаруживают. Спустя 4 мес. спортсмен замечает, что усиление болезненных проявлений приходится на утренние часы, период, когда он ежедневно приходит в бассейн и готовится к тренировкам. Для него становится удивительным факт того, что к 10 ч, когда интенсивность тренировок достигает максимальной величины, боли стихают, хотя совсем не исчезают. Никаких изменений в своем настроении он не отмечает, но вскользь бросает фразу: «Конечно, раньше розового и голубого цвета на небе было больше».

Слушая и участвуя в этой беседе, будучи настроенными на маскированную депрессию, вам легко догадаться, что мы имеем дело с кардиалгической маской, но, как говорят подростки, «сто пудов» можно дать, что для терапевта или спортивного врача уменьшение розовости или голубизны в небесных далах столь же далекие признаки чего-либо, как и сами эти дали. Как и в первом случае, назначение одной четверти таблетки amitriptyline во второй половине дня привело к выздоровлению в течение полутора месяцев.

Еще один молодой человек 32 лет, капитан милиции, очень волевой и сильный по характеру (особо подчеркиваю это, так как появившаяся патология предъявит повышенные требования к личности), спустя пять лет после начала семейной жизни, появления маленькой дочери, на фоне безоблачного семейного счастья вдруг стал ощущать какие-то неприятные ощущения при мочеиспускании. Тщательные обследования мочевого пузыря и простаты ничего не дали. Вскоре необычные ощущения при мочеиспускании дополнились изменениями эякуляции. Молодой человек, будучи представителем сильной половой конституции, ощущая обычно сильный оргазм при эякуляции, стал замечать побледнение ощущений и замедление наступления эякуляции. Особенно заметно это было, когда интимная близость происходила в утренние часы, что нередко случалось в этой семье по чисто бытовым обстоятельствам. Урологи не находили никакой патологии. Сексопатологи убеждали пациента, что он здоров (самое интересное, что так оно и было, с точки зрения сексопатологии). А пациент ощущал неполноту жизни, какой-то необычный изъян. Он сам пришел к психиатрам, сразу же заявив, что психически здоров, но не может объяснить себе возникновение мыслей о смысле жизни, поиском чего никогда ранее не страдал. На уточняющий вопрос, идет ли речь о смысле жизни или ее бессмыслии, нежелании жить — от прямого ответа уклонялся. Первое, что приходило на ум, нет ли здесь обычной реакции на психогению, каковой для мужчины является даже минимальный сбой в интимной жизни. Но, познакомившись с пациентом поближе, установив факт особого ритма в появлении патологических ощущений, на всякий случай (говорим об этом

честно) попробовали назначить мягкий антидепрессант (рексетин). Эффект не замедлил сказаться уже спустя несколько недель.

Синдромы депрессивных расстройств при субпсихотическом уровне патологии

Можно до бесконечности продолжать это повествование, но главное вы, надеюсь, уже ухватили. Итак, если мы имеем дело с какими-либо соматическими нарушениями, как правило, функционального характера, при которых врачи-интернисты ничего найти не могут, а нарушения имеют суточный четкий биологический ритм, сопровождаются не подавленностью настроения, а побледнением яркости жизни, затушеванностью красок мира, появлением вопросов о смысле или бессмысленности жизни у человека, ранее не увлекающегося философской проблематикой, обязательно необходимо с ним «плотно поработать» на предмет подробного выяснения всех нюансов его переживаний, ибо в этих состояниях «главную скрипку» играют подробности. На примере маскированной депрессии психиатр постигает реальность факта существования парадоксальных психических расстройств, при которых при внешнем их феноменологическом анализе как бы отсутствует именно то нарушение, которое дало название феномену. Так, в частной психиатрии доктора познакомятся с понятием «шизофрении без шизофрении».

Следующей синдромальной группой аффективных нарушений являются синдромы депрессивных расстройств при субпсихотическом уровне патологии. Такие синдромы встречаются при пограничных психических расстройствах, органических заболеваниях головного мозга, циклофрении и т.д. Прежде всего ряд авторов выделяют так называемые невротические депрессии, характеризующиеся снижением основного фона настроения в совокупности с иными невротическими нарушениями — нарушением сна, раздражительностью, слезливостью и т.д. Самостоятельность данных депрессий довольно проблематична, так как снижение настроения — почти обязательный спутник многих неврозов, и почему необходимо выделять этот симптом в отдельный вид патологии остается вопросом. Иное дело — ситуационная, или психогенная, депрессия.

Недавно довелось увидеть случай необычной психогенной депрессии, когда военнослужащий, нарушив инструкции, использовал табельное оружие в качестве шутки, стоившей жизни человеку. Осознание случившегося происходило в течение получаса. Подавленность настроения сочеталась с заторможенностью, двигательной и идеаторной, появлением суицидальных мыслей и, конечно, мыслями о собственной вине, которые сверхценными назвать не поворачивается язык, так как реальность действительной вины была абсолютной.

Если на фоне пониженного настроения ведущими проявлениями будут снижение побуждений, желаний и воли для исполнения своих желаний, такой синдром будет именоваться адинамической депрессией. Сочетание навязчивостей, особенно связанных с хульными мыслями или навязчивыми мыслями о возможном причинении вреда или убийстве самых дорогих для больного людей, с пониженным фоном настроения будет именоваться ананкастной депрессией, или депрессией с навязчивостями.

Больная женщина навязчиво думает, не задушит ли она своего маленького новорожденного сына ночью. Она не спит, ворочается, изводит себя приемами, с ее точки зрения, снижающими вероятность заснуть во время кормления, но мысли не проходят. Возникает подавленное настроение. Ситуация не разрешается помещением в стационар, отнятием ребенка от груди. Уже в стационаре появляются навязчивые мысли, а не сойдет ли она с ума «на самом деле» и не зарежет ли сына большим кухонным ножом для разделки мяса. Понимая всю абсурдность этих мыслей, пациентка все же добивается устранения всех ножей из собственной кухни.

Страх

Страх встречается при очень многих синдромах, состояниях и психических заболеваниях, но «чистые» синдромы, связанные со страхом, довольно редки. К ним относятся панические атаки и паническое расстройство. При них преимущественным эмоциональным расстройством и является страх. Что такое паническая атака? Это

отдельный эпизод выраженного страха или, как пишут в иностранных источниках, — дискомфорта. При этом человек может ощущать страх смерти, страх утратить контроль, страх сойти с ума, головокружение, тошноту, потливость, сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, удушья, **боль** в груди, озноб, прилив крови к лицу, ощущение дереализации. Как вы видите, многие из этих симптомов могут встречаться при десятках различных соматических и неврологических нарушений. Некоторые авторы считают, что паническая атака — это еще не психопатологическое расстройство, и она может встречаться вне рамок какого-либо заболевания.

Паническое расстройство проявляется рекуррентными (регулярно повторяющимися) паническими атаками. Больные заранее, в течение многих дней и недель испытывают беспокойство и страх в отношении появления новой панической атаки. При этом именно тревога, страх и беспокойство по поводу возможной панической атаки и являются одним из основных содержаний самого панического расстройства, образуется замкнутый круг. У некоторых пациентов панические атаки связаны с определенными ситуациями и событиями в жизни (например, пребывание в автомобильной пробке, лифте, другом замкнутом или, наоборот, открытом пространстве). У других появляются спонтанно, вне связи с каким-либо провоцирующим фактором. У третьих могут развиваться в ночное время (ночные панические атаки). Паническое расстройство — вовсе не порождение наших дней. Еще в конце XIX века (1871 г.) американец J.M. Da Costa описал под видом сердечного расстройства данное состояние, при котором основные симптомы: сердцебиение, одышка и чувство давления в груди. Затем такие состояния стали именовать «синдромом Да Коста», «солдатским сердцем», «кардионеврозом», «кардиофобией». Тревога ожидания приступа у некоторых больных вызывает формирование особого режима жизни, своеобразного охранительного поведения (поведения избегания, фобического поведения). Традиционная советская психиатрия расценивала паническое расстройство как неспецифический синдром, который может встречаться при неврозах, шизофрении, МДП, органических заболеваниях головного мозга. Во времена нашей врачебной молодости (70-е годы прошлого века), видимо, именно паническое расстройство преподавалось нам и изучалось нами под названием вегетодизэнцефальных (гипоталамических) кризов. Лечили эти состояния невропатологи и терапевты, применяя, как правило, дегидратацию, противовоспалительные препараты, рассасывающую терапию. Если исходить из диагностирования данных состояний как панического расстройства, терапия выстраивается в совершенно ином ракурсе — транквилизаторы в сочетании с антидепрессантами.

При переходе от субдепрессивных состояний к психотическим вариантам аффективных синдромов прежде всего необходимо изучить классический депрессивный синдром. Кроме классической триады Э. Крепелина (снижение настроения, замедление — заторможенность мышления, двигательная заторможенность), для классической депрессии характерна триада В.П. Протопопова в виде тахикардии, мидриаза и запоров. Для такого синдрома свойственны следующие клинические проявления: 1) суточные колебания настроения; 2) сезонные обострения и манифестации; 3) витальность депрессии; 4) идеи самообвинения, греховности, ущербности и собственной ненужности; 5) утрата удовольствия от жизни, исполнения простых витальных влечений (ангедония); 6) суицидальные мысли и тенденции. На примере данного классического синдрома мы с вами попытаемся понять, чем же симптомокомплекс отличается от синдрома. Если мы заглянем в холодильник и увидим на одной полке свеклу, морковь, картофель, мясо, сало и чеснок, то все эти продукты, сложенные вместе, составят красочный натюрморт и не более того. Но когда мы почистим все овощи, нарежем на кусочки, поджарим на сковороде, сварим в одной кастрюле вместе с мясом, то будем лакомиться уже не натюрмортом, а вкусным и ароматным борщом. Продукты не просто соединились в одной точке пространства, а еще вместе жили, взаимодействовали во времени, что и предопределило известный результат. Синдром еще именуют «совместным бегом симптомов», подразумевая, что это не статическое состояние, а именно динамика, движение, переплетение различных отдельных проявлений болезней. И если мы сегодня говорим о сложных синдромах, связанных с депрессией, то это не просто сумма депрессии и иного состояния, а именно взаимопереплетение, взаимовлияние, образование нового качества.

Больше всего нас интересуют идеи (в данном контексте **бредовые**) самообвинения и обвинения. Раньше считалось, что идеи самообвинения могут быть и бывают при депрессивном синдроме МДП, а идеи обвинения уже маркер шизоаф- фективного состояния. Если наша больная одновременно с витальной тоской предъясвляет врачу-психиатру мысли о собственной виновности или греховности - это понятно, эмпатично, это принимается нашим «вчувствованием»: «Я виновата, что моя дочь так тяжело больна, это я одна виновата, это я не обратила внимание, какой цвет мочи был у нее тогда, три года назад, когда она подхватила гепатит. Я виновата и в том, что не научила ее хорошо мыть руки, не научила отказываться от подношений сладкого. У дочери будет цирроз, я — ее убийца». Так говорит больная с депрессивным приступом МДП.

А вот совсем другая речь, хотя также на фоне подавленного настроения: «Все соседи считают меня проституткой и обвиняют в развратном поведении. Они считают, что именно из-за меня в нашем подъезде всегда грязно, разбитые окна, тараканы и мусор. Они считают, что я достойна смерти, меня нужно забить камнями, как в старину забивали женщин легкого поведения. У них на лице написано презрение и осуждение меня».

В первом случае мысль органично вытекает из существа аффективного состояния, и это — голотимическое бредообразование. Во втором случае бред вовсе не вытекает из депрессии, он присоединяется к депрессии, течет отдельно внутри общей реки. Теоретически к депрессии может примкнуть любое иное психопатологическое расстройство, например бредовое, и тогда это будет депрессивно-бредовый синдром. Галлюцинаторное расстройство, соединенное с депрессией, даст галлюцинаторно-депрессивный синдром. Соединение параноидного синдрома с депрессией мы уже частично изучали раньше. Соединение депрессии со ступором даст депрессивный ступор. При изучении нарушения двигательной и волевой сферы, дифференциальной диагностике кататонического и депрессивного ступора, мы более подробно поговорим о последнем. А сейчас мы перейдем к изучению синдромов, включающих маниакальное состояние.

Основную клинику классического маниакального синдрома мы уже изучили в симптоматологическом разделе данной беседы (триада Э. Крепелина - повышение настроения, ускорение мышления, повышенная моторная активность). Существует несколько вариантов маниакального синдрома, имеющих неповторимое лицо. Итак, веселая мания — самое простое маниакальное состояние. Лучезарное, веселое, солнечное настроение. Больной декламирует и сочиняет стихи, поет песни, пляшет, постоянно меняет темы и содержание своего мышления и деятельности. Особняком стоит гневливая мания, чаще всего в виде гипомании, о которой мы говорили ранее.

Неистовая мания сопровождается превалированием двигательного компонента. Бурный маниакальный аффект сопровождается грубым двигательным возбуждением с разрушительными тенденциями. Наличие непродуктивной мании кажется проблематичным, ибо каждая мания по определению не может быть продуктивной, само мышление при маниакальном состоянии отличается непродуктивностью из-за прыгучести внимания и ассоциативной бессвязности при мании в выраженной степени. Относительно продуктивным может быть только гипоманиакальный синдром. Следующие маниакальные синдромы уже несут в себе черты смешанных состояний: заторможенная мания (акинетическая), тревожная мания, маниакальный ступор. Почему имеются такие состояния и почему они смешанные? Если в структуре депрессии появляется компонент гипомании или мании, то это и есть смешение различных состояний. Настроение у больного пониженное, но вместо заторможенности мы отмечаем двигательную активность, расторможенность. Почему об этом нужно говорить особо? Да потому, что смешанные состояния более опасны для самих больных. Депрессивный аффект зачастую порождает суицидальные мысли и тенденции. Заторможенность сковывает больного в осуществлении своих зловещих замыслов. Но при смешанных состояниях расторможенность облегчает совершение самоубийства. То же самое касается ироничной депрессии, смеющейся депрессии, так как внешние проявления состояния маскируют истинный аффект. Если к маниакальному синдрому присоединяется иное психопатологическое состояние, возникает сложный синдром - маниакально-бредовый, маниакально-галлюцинаторный и т.д.

Внимание и его нарушения. Расстройства самосознания

Внимание есть способность сосредоточения мышления или чувств человека на чем-либо. Вот это слово «сосредоточение» отражает не только главную сторону внимания, но и его основную характеристику. А что такое - сосредоточиться? Это способность человека отвлекаться от лишнего, мешающего ему в данный момент. А что ему мешает в определенный отрезок времени? Наверное, все то, что не имеет прямого отношения к какой-либо деятельности, которой человек занят именно в конкретный момент своей жизни. Вы управляете автомобилем. И ваше внимание сосредоточено на дороге, по которой вы едете, на дорожных знаках, транспортных средствах, обгоняющих вас и двигающихся навстречу, на пешеходах. А что мешает вам, от чего вам необходимо отвлечься? От разговора с пассажирами вашего автомобиля, от музыки, ревушей в динамиках, от звонков мобильного телефона. Если мы можем отвлечься от посторонних, мешающих нам явлений, и сосредоточиться на главном, будем считать, что функция нашего внимания вполне достаточна. Внимание всегда, как и сознание, интенционально. Интенция — это направленность сознания, воли, чувства, внимания на какой-либо предмет,

цель, намерение. Таким образом, получается, что сосредоточенность и есть направленность внимания на что-либо.

К нарушениям внимания относится прежде всего рассеянность внимания. С детства мы помним знаменитые строки поэта: «Вместо шляпы на ходу он надел сковороду. Вот какой рассеянный с улицы Бассейной». Среди больных, конечно, такие яркие примеры мы видим редко. Что происходит при рассеянности? Снижается способность интенции внимания, его направленности. Внимание становится менее устойчивым, оно не может долго удерживать сознание на каком-либо необходимом предмете, цели, явлении. Нам надо помнить, что за рассеянность часто обманчиво мы воспринимаем, наоборот, сосредоточенность внимания. Нередко мы замечаем, как знакомый нам человек — начальник, родственник или сосед, проходя мимо нас, «забывает» поздороваться. При этом может возникнуть мысль, что мы имеем дело с рассеянным человеком. Но дело как раз в обратном. Такой человек в этот конкретный момент может быть сосредоточенным на какой-либо важной мысли, чувстве, предмете, и при такой направленности его внимания мы, встречающиеся на его пути, окажемся лишними, мешающими ему предметами, от которых его исключительно здоровое внимание «отворачивается». Следовательно, в таком случае не совсем правомочно говорить о рассеянности такого человека. Это скорее псевдорассеянность, которая встречается у деятелей науки, композиторов, поэтов и других творчески увлеченных личностей. Рассеянность внимания встречается в патологии тогда, когда человек не способен длительно сохранять интенцию внимания. Это может быть связано с особенностями личности (как у героя стихотворения), может возникать при выраженной астении наряду с истощаемостью внимания. Истощаемость внимания — следующее нарушение функции внимания. Человек начинает какую-либо деятельность при начальной хорошей способности к интенции и сосредоточению внимания. Но в силу усталости (при длительной работе) или тяжелой астении (в случае заболевания) интенсивность внимания падает, сосредоточенность резко уменьшается, снижается и продуктивность любой работы и деятельности. Каждый автолюбитель, для которого езда на любимом авто является отдыхом, увлечением или видом туризма, не приспособлен к очень длительному, более 10—12 ч подряд, управлению автомобилем. Что происходит с ним после целого дня пути? Снижается способность к сосредоточению внимания, оно истощается. Помехи на пути начинают раздражать водителя, он пропускает дорожные знаки, нарушает правила движения, его внимание не способно быстро переключаться от ослепляющего света встречных автомобилей на дорожное полотно. Не случайно в это время суток увеличивается количество дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Истощение внимания у здорового человека быстро исчезает после непродолжительного отдыха. Водителю нужно немного подремать или поспать. При истощении внимания вследствие астенизирующего заболевания (например, тяжелой инфекции) дело обстоит сложнее. Мы уже изучали аментивное состояние, при котором, в числе прочих нарушений, отмечается резкое истощение внимания. Больной не способен быстро восстановить функцию внимания не только многочасовым сном, но и многодневным регулярным сном и отдыхом. Только избавление от самого патологического процесса вернет полноценное внимание.

Сужение и Тугоподвижность объема внимания

Сужение объема внимания — такое нарушение, при котором внимание ограничивается явлениями, объектами, впечатлениями, имеющими для больного наибольшую личностную значимость. Чаще всего и легче всего обнаружить это нарушение при сверхценных идеях и поведении.

Вот перед нами пациент со сверхценными идеями ревности. Он находится на новогоднем вечере отдыха работников своего цеха. Вокруг смех, новогодние тосты, песни, шутки, танцы. В его поле зрения, в поле его суженного внимания лишь одно явление окружающего мира, «одна, но пламенная страсть» — его собственная жена и то, что и кто окружает ее. Внимание зорко фиксирует, как она подражает своему соседу, она так же, как и он, держит вилку и нож, разделявая кусок отбивного мяса (а ведь дома она не держит в левой руке вилку!). Она оборачивается на его шутку, особо прищуривается, бросая взгляды на соседа. Наш герой «отмахивается» от своей жены и ее предложения потанцевать, для него не актуален танец с нею, для него актуален танец жены с соседом. Как только она принимает предложение соседа на танец, он вливается глазами в их фигуры, кружащиеся в вальсе, отслеживая малейшие нюансы поворота головы, движений ног, улыбки. В этот момент проводится викторина, конкурс на самого галантного мужчину, произносится тост за женщин, и мужчины пьют стоя. Наш ревнивец ничего не видит и не слышит, все его внимание поглощено одной мыслью, одним

предметом, чуть-чуть расширяясь, когда в поле внимания нужно ввести «смежные» объекты, связанные с главным одной нитью сюжета или одной целью — проследить и выявить признаки супружеской неверности.

Сужение объема внимания может носить временный характер у больных с неврозами, скажем с неврозом навязчивых состояний, в моменты усиления переживаний, в моменты нахождения или проживания ситуаций, с которыми связаны навязчивые страхи. У больного с клаустрофобией внимание суживается и сосредотачивается на всех аспектах собственного существования в условиях закрытого пространства шахты лифта или вагона электропоезда метро. У пациента, страдающего посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), после взрыва в автобусе, при каждой вынужденной поездке на этом виде транспорта вместе с возобновляющимися переживаниями, ощущениями, воспоминаниями взрыва внимание непроизвольно суживается до отслеживания мельчайших деталей устройства автобуса, личных вещей пассажиров, звука работающего мотора. И если он проедет и не выйдет на нужной остановке, то не от рассеянности, а от сужения объема внимания.

Тугоподвижность внимания никогда не встречается изолированно и, как правило, связана с тугоподвижностью мышления или брадифреничностью в целом. Выражается в трудности переключения внимания с одного предмета на другой даже в том случае, когда это необходимо.

Перед нами сидит инвалид, контуженный на войне, с посттравматической эпилепсией (эпилептиформным синдромом). Вместе с проявлениями тугоподвижности мышления, некоторой замедленностью речи мы можем заметить тугоподвижность внимания, недостаточность его переключаемости. Он начинает рассказывать о своем славном боевом прошлом, пересказывая массу деталей и конкретных подробностей. Мы пытаемся вклиниться в рассказ, перевести внимание пациента на события сегодняшнего дня. Но всякий раз пациент переводит свое внимание и сам рассказ на события войны, он никак не может переключиться на ситуацию настоящего. В помещении ординаторской заходит посторонний человек, он чрезвычайно необычно одет, размахивает руками, поет, декламирует стихи (это был больной в гипоманиакальном состоянии), но наш старый воин и этого колоритного господина оставляет без внимания, упорно продолжая свою военную повесть, не обращая внимания и на то, что большинству окружающих уже давно надоел его рассказ.

Нарушения самосознания

Одним из часто встречающихся расстройств является отвлекаемость внимания — это частое изменение направленности, сосредоточенности и интенсивности функции внимания. Она прямым образом не связана ни с ситуациями, ни с мотивами и желаниями, ни с поставленными человеком целями. Мы видим, что больной меняет и объекты внимания, и виды деятельности, и направленность мышления, что лишает эффективности любой его труд, любое действие или занятие. Выраженная степень отвлекаемости называется апрозексия (отсюда — апрозекти- ческая бессвязность). При маниакальном состоянии внимание безудержно перепрыгивает с одного предмета на другой, все, что появляется в поле зрения, тут же привлекает внимание, но и тут же исчезает из него при появлении нового впечатления или новой мысли. Мы должны помнить, что при отвлекаемости внимания, при апрозексии сознание, как правило, формально ясное, т.е. не помрачено, в отличие от принципиально иного нарушения внимания — гиперметаморфоза. Обнаружить и диагностировать гиперметаморфоз, и как следствие синдром растерянности, чрезвычайно важно. Этому нарушению А.В. Снежневский посвятил целую страницу в своих кратких лекциях по общей психопатологии. Нужно запомнить, что в синдроме растерянности, по-видимому, главную скрипку играет не столько свертотвлекаемость внимания, сколько аффект недоумения. Лицо больного переполнено беспомощностью, взгляд ищущий, блуждающий, глаза широко раскрыты, взгляд непрерывно скользит по окружающим предметам. Любой звук, отблеск света, одно сказанное слово, реплика, порыв ветра, открывшаяся форточка, музыкальная фраза, сирена автомобиля на улице — все вызывает немедленное переключение внимания, которое тут же спрыгивает на новое впечатление. Внешне довольно похоже на апрозексию. Но в основе совершенно иное состояние - острый психоз, острый чувственный бред либо помрачение сознания, а еще чаще сочетание того и другого. Если мы диагностируем растерянность, далее должно последовать диагностирование острого психотического эпизода. Особенно важно не пропустить помрачение сознания, ибо все они — состояния, требующие urgentной помощи. А.В. Снежневский обращает внимание на несовместимость растерянности и оглушения. Если выявляем растерянность, оглушения быть не может [62]. Запомним это, как важнейшее замечание академика.

Нарушения самосознания. Деперсонализационно-дереализационный синдром. Самосознание — важнейшая часть сознания. Человеческое сознание — очень сложный феномен (позволительно сказать, самый сложный) психической жизни человека, а значит, самый сложный феномен биологической жизни вообще. Существует множество определений сознания. Вот его определение из последнего классического университетского учебника по философии П. В. Алексеева и А.В. Панина, принадлежащее П.Г. Спиркину: «Сознание — это высшая, свойственная только человеку и связанная с речью функция мозга, заключающаяся в обобщенном, оценочном и целенаправленном отражении и конструктивно-творческом преобразовании действительности, в предварительном мысленном построении действий и предвидении их результатов, в разумном регулировании и самоконтролировании поведения человека». Современная философия подвергает критике отражение как основную роль сознания, ибо отражение не может объяснить многие компоненты самого сознания, возникающие, например, в виде априорных (внеопытных) идеальных феноменов, в том числе априорных синтетических суждений, являвшихся главным вопросом «Критики чистого разума» еще у И. Канта (см. приложение 4). Отражение может отражать только то, что есть в мире, вне самого сознания. Но большая часть сознания заполнена продуктами самого сознания — понятиями, суждениями, умозаключениями, теориями, размышлениями, предвосхищениями, т.е. теми феноменами, которые непосредственно не связаны с опытом и, что самое главное, не находятся вне сознания, а посему не могут отражаться.

Интересно описание «поля» сознания, представленное А.В. Ивановым, дающее схематическое представление о главных составляющих функции сознания. Он делит поле сознания на четыре части. Первая — сфера телесно-перцептивных способностей, к ним относят ощущения, восприятия, представления, с помощью которых человек получает первичную информацию о внешнем мире, о своем собственном теле, об отношениях, складывающихся между этим телом и остальными объектами окружающего мира. Вторая часть поля сознания включает логические и понятийные компоненты сознания. Это сфера мышления, с его помощью человек имеет возможность выходить за пределы (трансцендировать) непосредственно чувственного, опытом постигаемого мира, в сферу сущностей, понятий, логических доказательств. Третья часть поля сознания составляет эмоциональную его компоненту. Она лишена связи с предметным миром. Это сфера предчувствий, переживаний, воспоминаний. В этой части сознания мы можем найти влечения, инстинкты, смутные видения, стрессы, **галлюцинации**. Здесь же располагаются чувства и эмоции — гнев, страх, восторг, наслаждение, ненависть, симпатия и антипатия. И наконец, четвертая часть поля сознания — ценностно-смысловая компонента, подразумевающая высшие духовные мотивы и идеалы деятельности. Здесь «правит бал» не истина «как форма согласования мысли с миром», а ценности как форма согласования мира с нашими духовными целями и смыслами — красотой, правдой, справедливостью.

Мы описали не психиатрическое понимание сознания, а философское, более широкое. В нашем узко медицинском смысле сознание понимается более конкретно, более узко, правильно будет сказать, более примитивно. Но вначале мы должны разобраться с самосознанием.

Если предметное сознание ориентировано на осмысление окружающего мира, то при самосознании человек делает объектом изучения самого себя - собственные мысли, чувства, переживания, волевые импульсы, интересы, цели, поведение. Начиная с Сократа, философы призывали: «Познай самого себя». В процессе самосознания человек выделяет себя из окружающего мира, он начинает говорить о себе не в третьем лице, как ребенок 2—3 лет, а в первом лице, именуя себя «Я». Вот теперь мы начнем разбираться с нарушениями осознания себя как «Я». Иногда люди испытывают такие психические нарушения, которые не сопровождаются никакими внешними проявлениями, о которых врач может узнать только из слов самого больного. Именно к ним и относят явления дереализации и деперсонализации. Если эти нарушения не сопровождаются выраженными эмоциональными расстройствами, без рассказа пациента о его переживаниях мы ничего ни узнать, ни заподозрить не можем. Как правило, пациенты, имеющие эти нарушения, довольно охотно о них сообщают. Иногда готовы пространно и объемно изложить все и на бумаге. Но есть обстоятельство, о котором психиатр не должен забывать. Эти психические расстройства могут очень напоминать то, что психически здоровый человек не раз в течение жизни испытывает или ощущает. Если еще учесть, что такое частое явление бывает у людей, склонных к саморефлексии, к самоанализу, — вероятность ошибочных суждений очень высока.

Выезжая на отдых за город, в лес, мы после скучного серого города погружаемся в буйство красок, мир становится гиперреальным, сочным. Возвращаясь осенью с южного курорта на «милый север», мы испытываем обратное — краски серые, сырость, пожелтение листьев, холод. Мир как бы «никнет», мы испытываем нечто, похожее на дереализацию, — сглаживание, упрощение, обескрасивание мира. Еще сложнее с

деперсонализацией. Люди склонны анализировать прожитый день, год, жизнь, свое собственное место в жизни, свое «Я». Более того, выдающиеся философские, психологические, художественные произведения написаны в истории человечества во многом благодаря самопознанию, саморефлексии художников, писателей, философов. Его cogito (я мыслю) от Декарта до Гуссерля было одной из главных позиций философских битв. Среди великих и среди простых, «невыдающихся» граждан встречаются и такие, которые склонны самопознавать себя взглядом собственного «Я» как бы со стороны. Говорят при этом иногда и о раздвоении «Я», о растворении «Я», о личном «супер-Я», о «личном ОТК», о «третьем глазе», о «внутреннем голосе» и «собственной цензуре».

Чтобы не запутаться в нарушениях самосознания, мы внимательно перечитаем тетраду Ясперса, касающуюся сознания «Я». Итак, четыре формальных признака сохранного осознания «Я».

Чувство деятельности. Чувство единства «Я».

Идентичность «Я»

Чувство деятельности. Я осознаю себя в качестве активного живого существа. При нарушениях этого признака происходит изменение моего осознания собственного наличного бытия, что и проявляется в деперсонализации. При беседе с больным, если он сам заговорит об изменении ощущения «Я», дополнительными вопросами нужно конкретизировать его переживания. Это очень сложные расстройства, человеку порой даже слова нужные трудно подобрать. Относительно чувства деятельности можно спросить, чувствует ли себя пациент активно живущим человеком, отдельной личностью, индивидуальностью, ощущает ли он в себе прежние психические силы? К этому же пункту, как писал Ясперс, относятся изменения сознания принадлежности именно мне тех или иных психических актов. Это не я думаю, эта мысль — не моя. Это чувство — не мое. Эти нарушения - переходной мостик от нарушения самосознания к синдрому Кандинского-Клерамбо. Именно по этому пункту нарушения самосознания В.Д. Менделевич предлагает опознавать нарушения самосознания у наркоманов (ст. в РПЖ №3,2003 г.), когда при формировании зависимости у наркоманов нивелируется именно эта, деятельная сторона сознания «Я».

Чувство единства «Я». При нарушениях этого формального признака ощущается расщепление, раздвоение «Я», и это также — одно из основных проявлений деперсонализации. Чтобы понятие единства «Я» было более ясным, можно воспользоваться следующим примером. Спортсмен тренирует в большей степени мышцы рук и плечевого пояса, если он пловец. Бегун больше налегает на мышцы ног. Во время тренировок они условно разделяют свое телесное «Я» на различные группы мышц и части тела. Но, выходя из тренировочного зала, они ощущают свое тело как нечто единое. На вопрос, почему женщина выбрала именно этого мужчину в мужа, она может ответить, что ей импонировали его ум или мужская сила, благородство или достоинство, она как бы искусственно разделяет своего избранника с показательной целью. На самом же деле она останавливает свой выбор на личности мужчины в ее цельном выражении. Мать любит своего ребенка не за ум или душевность, не за цвет волос или большие глаза. Она любит и принимает своего ребенка целиком, во всем его телесном и психическом единстве. Именно так, именно по-матерински мы воспринимаем самих себя и свое «Я» в норме — как нечто единое. При нарушении же единства «Я» мы как бы отдельно ощущаем разные составные части своей личности, своей индивидуальности, вплоть до появления второго «Я» или исчезновения «Я».

Идентичность «Я». И вчера, и сегодня, и завтра «Я» был одним и тем же «Я». Так в норме. А больной говорит, что до болезни «это был не он». Или наоборот, что-то изменилось после приступа болезни, «Я» стал не «Я». Человек может отчужденно воспринимать целые куски своей жизни, некоторые события своей прошлой жизни: «То, что было не со мной, помню». Нужно помнить, что речь идет не просто об изменении психического склада человека после болезни, это бывает сплошь и рядом. Речь идет именно об изменении осознания своего «Я».

Человек противопоставляет себя всему остальному миру. Вот я, а вот весь остальной мир — природа, дома, города, другие люди. При болезни это противопоставление нарушается. Пациент может сказать, что он часть мира, часть дома, он — скамейка, прятка (пример Ясперса), бутылка. В нарушениях этого же признака Ясперс относил и знание всем миром мыслей больного. (Современная психиатрия относит это к идеаторным автоматизмам.)

Изучив все четыре признака нарушения самосознания Ясперса, мы можем приступить к описанию отдельных проявлений дереализации и деперсонализации. В 1955 г. J. Todd описал состояние, которое назвал синдромом Алисы в стране чудес, по имени известной героини JI. Кэрролла. Он описывал психическое расстройство с явлениями дереализации (при которой искажались представления больного человека о времени и пространстве), деперсонализации, наличием иллюзий, псевдогаллюцинаций, метаморфозиями, а также чувством раздвоения личности. Данное расстройство, по мнению автора, могло встречаться при эпилепсии, опухолях мозга, инфекционных и интоксикационных психозах и шизофрении.

Дереализация и Деперсонализация

Дереализация — косвенный, сопутствующий признак нарушенного самосознания. Она часто сопровождает деперсонализацию, как покраснение сопровождает воспаление. Это нарушение самосознания проявляется в искажении, изменении окружающей действительности, одушевленных и неодушевленных предметов. В это время происходит не изменение соотношения размеров или форм, не появление каких-либо иллюзорных или фантастических феноменов, а искажение общего мировосприятия, общего тона, общего настроения, интенсивности восприятия. Человек чувствует отчуждение, резкое уменьшение созвучия природы со своей душой. Окружающее воспринимается им сквозь пленку, туман, становится неотчетливым, чуждым, призрачным, тусклым, застывшим.

«Когда у меня снижается настроение, я ощущаю весь мир серым, блеклым, унылым. Небо не сине-бирюзовое, а водянистое, восходящее солнце — не светило, а тарелка из-под каши-размазни. Листья на деревьях — не живые, а жухлые, как в куче осенней листвы», — так рассказывала одна депрессивная пациентка. При болезненно повышенном настроении, при экстагическом аффекте восприятие окружающей действительности также изменяется, но краски приобретают ирреально яркий, сочный оттенок. Особенно часто такие феномены встречаются при интоксикации психостимуляторами и наркотическими средствами типа «экстази». Традиционно к явлениям дереализации относят своеобразные феномены, чаще всего возникающие при эпилепсии и некоторых иных психических расстройствах — *deja vu*, *eprouve, entendu* (уже виденное, испытанное, услышанное) и *jamais vu, eprouve, entendu* (никогда не виденное, не испытанное, не слышанное).

Деперсонализация — расстройство самосознания, проявляющееся ощущением измененности некоторых или всех психических процессов. Оно развивается как бы в четыре этапа:

1. Сначала больной ощущает изменение отдельных психических процессов - изменение своего мышления, своих чувств, представлений, своего сознания, изменение своего «Я». Наш пациент говорит об этих изменениях как об особом способе кодирования информации. Он ощущает, что вся поступающая в его мозг информация особым образом кодируется, переводится на особый внутренний язык, а затем декодируется и переводится в действия и поступки (приложение 4). Другой пациент утверждает, что изменяются его чувства, что они становятся, как у робота, но принадлежат ему, что его мышление становится числовым, мысль работает по двоичной системе, как в ЭВМ, но это его мысли. У него изменился вкус. Вкусные блюда, раньше доставляющие ему удовольствие, стали пресными, безвкусными. Запах ребенка потускнел, маленькая головка дочери пахнет не живым детским теплом, а кукольной восковостью.
2. На втором этапе происходит исчезновение чувств, мыслей, ощущений, представлений. «У меня исчезли чувства. Голова, как пустой котелок, болтается за рюкзаком туриста. Я путешествую по жизни, а пустой котелок бренчит за спиной. Я потерял все мысли. Я опустел, как тот презерватив, который валяется никому не нужный в придорожных кустах». Эти слова из исповеди **больного**, который чувствует изменения в самом себе, они его беспокоят, и он сам обращается за помощью.
3. На третьем этапе чувства, мысли, суждения, представления, импульсы воли отчуждаются, становятся «не моими». Мое сознание уже не мое. Один пациент, знакомый не только с собственными переживаниями, но и с теориями сознания, спрашивал так: «Если по Декарту «Я мыслю — следовательно, я существую», то как будет в том случае, если мыслю не я, если чувства не мои. Существую ли я или это существует не «Я», не мое Я?» Все исследователи сходятся во мнении, что отчуждение «Я» — мостик к явлениям психического автоматизма.
4. На четвертом этапе происходит расщепление «Я», раздвоение «Я». Прелестное описание расщепления «Я» представлено О. Золотухиной и В. Кондаковым в монографии «Художественная психопатология» (Ижевск,

2000): «Эти две меня — они всегда рядом идут, «астральная я» может уйти на несколько шагов вперед, но потом возвращается. Но между этими двумя сущностями есть всегда какая-то связь. «Астральная я» никогда не уходит далеко. Когда тела сливаются, я чувствую, что как что-то вошло в меня сбоку...я как будто в двух телах сразу одновременно, и там, и там» [29].

Мы можем подвести итоги и сказать, что все четыре вида деперсонализации, или четыре этапа, есть постепенное углубление деперсонализации, от изменения отдельных сторон психической деятельности до глобальной аутопсихической деперсонализации. Считается, что существует еще один вид деперсонализации - бредовая. При этом описывается деперсонализация в рамках становления оней- роидного помрачения сознания как этап этого нарушения сознания. Речь идет в таком случае о деперсонализации в рамках острого чувственного бреда. Подробнее об этом — в главе о нарушениях сознания.

Перед изучением бредовой деперсонализации ознакомимся с направленностью движения синдрома деперсонализации при его бредовом окутывании. Для этого рассмотрим три основных типа деперсонализации. А для лучшего понимания различных ее типов представим себе еще раз процесс самосознания. Итак, с помощью рефлексии человек может заглянуть в глубины своего сознания и на самой поверхности самосознания увидеть самое простое — собственную оценку сознанием своего тела. Для этого даже глубоко погружаться не нужно, обычным зрением, слухом, висцеральными рецепторами, используя вегетативную и периферическую нервную систему, сознание отслеживает работу своего тела, различных его участков и может частично отследить работу своих внутренних органов. Так, например, мы можем отследить сердцебиение, его частоту, ритмичность, частоту и ритмичность дыхания. Периодически мы ощущаем и даже ухом слышим перистальтику кишечника, глазами можем отследить движение наших конечностей, проприоцеп- тивным чувством ощутить сокращение и расслабление мышц. Сознание человека, находящегося в здоровом уме, четко отслеживает, воспринимает и руководит важными физиологическими актами — дефекацией, мочеиспусканием, половым актом. Что случается со всем этим при соматопсихической деперсонализации? По сути - это **анестезия**, или гипостезия витально-соматических ощущений. Она проявляется в отчуждении восприятия отдельных соматофизиологических явлений и процессов собственного тела. Человек может не чувствовать свой сон, не испытывать субъективного ощущения облегчения от освобождения мочевого пузыря или кишечника, не ощущать сердцебиения или дыхания, не испытывать принадлежности к своему телесному «Я» актов глотания, пережевывания пищи, изменяется ощущение боли, зуда, прикосновения, восприятие телесного компонента интимной близости. Тенденция развития бредового состояния при таком виде деперсонализации направлена на формирование бреда Котара (нигилистический вариант бреда Котара, при котором исчезают, усыхают, разлагаются, отсутствуют все внутренние органы или какие-либо из них).

Аллопсихическая деперсонализация

Следующий вариант — аллопсихическая деперсонализация. Одни авторы приравнивают ее к дереализации, другие считают, что это как бы начальный этап деперсонализации, касающийся онтогенетически более ранних сторон формирования «Я». Давайте, попробуем разобраться. При аллопсихической деперсонализации происходит отчуждение первой, более ранней составляющей части самосознания, чувственной, утрачивается или ослабляется образный компонент психических процессов, когда более простые, непосредственные впечатления, ощущения, восприятия, представления начинают отчуждаться, теряют былую яркость, воспринимаются чужими. Снова вернемся к рефлексии и поймем, что самосознание на аллопсихическом этапе отслеживает само себя в своей функции восприятия окружающего мира и эмоциональной реакции самого себя и своего «Я» на это восприятие, т.е. мое «Я», рефлексировав, оценивает ту часть моего «Я», которое в данный момент воспринимает окружающий меня мир, оно оценивает свои собственные ощущения, свое собственное восприятие, не только в плане правильности или ложности этих феноменов, но в смысле моего «Я» воспринимает действительность, с каким эмоциональным, чувственным сопровождением происходит этот процесс чувственного познания мира. При аллопсихической деперсонализации самосознание начинает фиксировать изменение, отчуждение этой стороны деятельности самого себя — чувственного восприятия мира. Окружающее начинает восприниматься умом, становится отвлеченным понятием. Больные испытывают ощущения эмоционального оскудения, при этом человек испытывает снижение настроения, зарождается так называемая анестетическая депрессия. В 1945 г. Н.Л. Гаркави описал синдром отчуждения витальных чувств. В рамках циркулярной или циклотимической депрессии он описывал жалобы больных на отсутствие восприятия

витальных чувств (пропало чувство голода, не ощущается жажда, нет насыщения при еде, отсутствует потребность в пище). Как правило, эти проявления сочетаются с другими проявлениями деперсонализации. В случае эндогенного психического расстройства эти нарушения могут служить источником образования нигилистического бреда. При аллопсихической деперсонализации направленность бредового радикала синдрома иногда движется в сторону бреда метаморфозы, при котором, как это было в нашем примере с ликантропией, больной ощущает измененной свою кожу, которая становится шерстью, пальцы рук, на которых вырастают когти, ощущает свой взгляд на мир как волчий, чувствует волчью злость вместо человеческих эмоций и т. д. При аутопсихической деперсонализации искажаются или утрачиваются более поздние, рациональные, идеаторные формы самосознания. Рефлексирующее «Я» при данном виде деперсонализации начинает фиксировать уже не измененность или отчужденность отдельных компонентов своего «Я», не изолированное изменение чувственного познания мира, а целостное отчуждение всего, суммарного, итого объемлющего «Я». Больные воспринимают себя измененными, оскудевшими умом, «чужими среди своих», они лишились собственных взглядов, своего мировоззрения, стали серыми, безликими людьми. «Я» говорит самому себе, что оно само стало иным, чужим, перевоплощенным. В случае аутопсихической деперсонализации движение синдрома направлено в сторону изменения целостного «Я». При этом больные испытывают раздвоение, расщепление личности, а в случае бредового развития возникает бред двойника или бред одержимости. Статья на эту тему с разбором алгоритма развития бредовой деперсонализации опубликована в материалах XIV Съезда психиатров России (А.Я. Басов). В лекциях А.В. Снежневского, посвященных шизофрении (пятая лекция), прочитанных в Валдае, приводится пример больного шизофренией с деперсонализацией, которая не является, по его словам, ни чувственной, ни анестетической, а представляет из себя тип «никогда не виденного». Это то, что называют «изменением существования», при котором реальность утрачивает смысл, суть действительности. Отчуждение, как пишет А.В. Снежневский, достигает степени утраты реальности. (Это один из многих, ранее описанных случаев инобытия, хотя и под другим названием. См. приложения.) Больной, коего представлял А.В. Снежневский, говорит о себе: «Такая странность, отчужденность от всего. Как-будто я с какой-то другой планеты прилетел, и все кажется странным, и люди кажутся странными существами».

Некоторые авторы описывают особый вид деперсонализации, в виде «выхода из собственного тела». В «Аномальной психологии» Р. Карсона, Дж. Батчера и С. Минека приводится пример такого вида деперсонализации: «Шарлота Д-> недавно разведенная 19-летняя женщина, была направлена в амбулаторное психиатрическое отделение после нескольких «приступов», в ходе которых ее сознание покидало тело и отправлялось в незнакомое место, находившееся в другом штате. После ухода мужа у нее состоялось четыре эпизода путешествий, которые развивались в состоянии бодрствования, длились от 15 до 20 мин. При этом она испытывала ощущение, что ее руки и ноги не были прикреплены к телу, а другие люди вокруг выглядели как зомби» [34

Не совсем привычный вид деперсонализации

Не совсем привычный вид деперсонализации описан также в четырех номерах НПЖ за 2004—2005 гг. В.Г. Остроглазовым под названием «autoperson- amnesia». Автором исследовался феномен загадки последнего десятилетия — появления десятков молодых людей, полностью забывших собственную личность и свое прошлое, но здраво рассуждающих и сохранных во всем остальном. Автор утверждает, что у этих больных, говоря словами К. Шнайдера, не нарушается переживание идентичности, непрерывности во времени. Пациенты, описанные в этих статьях, будучи «неизвестными» при полном забвении собственной прошлой жизни все время знали, что «Я» это «Я». Автор приводит фразу Г. Гегеля о безумии, что прямо касается этого феномена: «Помешанный субъект оказывается поэтому у себя в том, что составляет его собственное отрицание, другими словами, в его сознании имеется непосредственно налицо его отрицание». Автор утверждает, что этот феномен есть проявление обострения мягкой шизофрении под влиянием стрессовых факторов. Данный феномен под другими названиями описывался и раньше, и В.Г. Остроглазов приводит примеры этих описаний. В наблюдении Дулея приводится пример потери идентичности, которая переживалась пациентом как катастрофа: «...я совершенно забылся...забыл, сколько времени было тогда, кто я, и где я нахожусь». Такое же наблюдение под названием «жаме- вю» приводит В.А. Жмуров: «Думаю, кто я такая, откуда я, как меня зовут...училась ли...Кажется, и замужем не была...всему учусь заново — ходить, писать, будто не умела прежде...»

Сейчас же нам осталось исследовать еще одно состояние, примыкающее к деперсонализации, хотя по генезу и механизмам возникновения имеющее совершенно иную природу, так называемое расстройство в виде множественной личности (диссоциативное расстройство идентификации по DSM-1Y). Формально оно относится к осознанию личности* но в основе этого нарушения лежат совершенно иные механизмы — конверсионные (истерические). Как правило, это нарушение возникает у людей, перенесших тяжелое насилие (чаще сексуальное), о котором личность потерпевшей (-его) подсознательно пытается забыть, вычеркнуть из памяти навсегда.

3. Фрейд изучил феномен вытеснения, когда неприятное событие смещается в сферу бессознательного, оккупирует эту сферу и мешает в дальнейшем человеку нормально жить, вызывая те или иные невротические симптомы. С помощью психоанализа это событие «вытаскивается» в сферу «Я», осознается личностью и происходит избавление от болезненных симптомов. В отличие от вытеснения, при расстройстве в виде множественной личности человек настолько травмирован насилием или иным тяжким психогенным событием, что, согласно психоаналитическим концепциям, вместо вытеснения этого события в сферу бессознательного вообще амнезирует, отказывается от своего «Я», от своей первой личности и становится другой личностью. Вторая личность дистанцируется от первой на какой-то период времени, потом может смениться первой или третьей. Самое любопытное заключается в том, что другая личность может иметь не только другое имя, иные психические качества, но и иные психометрические и физиологические характеристики, вплоть до других очков из-за иных показателей остроты зрения. У них могут быть различные показатели IQ, различное полоролевое поведение и т.д. Одна личность (первичная, исходная), называемая личностью-хозяин, может быть спокойной, трудолюбивой, серьезной, другая - беспечной и праздной. В уже цитированной нами «Аномальной психологии» описывается случай диссоциативного расстройства идентичности, при котором одна женщина часто и регулярно куда-то пропадала ночами, но ничего об этом не знала и не помнила, у нее имелись значительные провалы и пробелы во времени. На одном из сеансов гипноза, отвечая психотерапевту, она вдруг заговорила совершенно другим голосом от совершенно иного имени, описывала ночные поездки на театрализованные представления, где эта, другая личность, «выпускала пар». Психотерапевту стало ясно, что «другая» была исключительно грубой и враждебной личностью, прямо противоположной покладистой и самоотверженной личности-хозяйке. Затем выяснилось, что в биографии личности-хозяйки были эпизоды физического и сексуального насилия со стороны отца и других мужчин.

Расстройства сознания

Задача врача-психиатра — выявить патологию сознания, если такая имеет место, четко определить ее вид и решить на первом этапе вопрос, является ли она ургентной, требующей оказания немедленной, неотложной помощи. Широко известно, что критерии помрачения сознания предложил К. Ясперс в первой половине XX столетия. Они не потеряли свою актуальность, и даже во времена коммунистического осуждения Ясперса как «фашиствующего громилы от философии» во всех учебниках психиатрии были представлены эти критерии. Из уважения к личности нашего учителя предлагаем дословное цитирование маленького отрывка из «Общей психопатологии», напечатанного петитом на с. 189 великого труда: «Для всех разновидностей психотического изменения сознания существует ряд объективных симптомов — хотя не все они выявляются в каждом отдельном случае (иногда же могут не выявиться вообще). Это: (1) отрешенность от реального внешнего мира: больные едва понимают происходящее вокруг них, не могут сосредоточить свое внимание и действуют невзирая на ситуацию; (2) дезориентированность: она тесно связана с первым признаком; (3) утрата связности, делающая поведение непонятным; (4) расстройство способности примечать и запоминать наряду с затрудненным мышлением, а впоследствии — амнезией».

Итак, мы уже знаем признаки патологически измененного сознания, а каким же образом их применять к конкретному больному? Определение ясности сознания можно проводить тактическим приемом «тетрада наоборот». Определяем не симптомы измененного сознания по Ясперсу, а наоборот — признаки ясного сознания. Итак, ориентация. Нужно уточнить больному, что мы подразумеваем под словами «место нахождения». Страна, город, улица, дом, учреждение, палата, кабинет. Что конкретно интересует врача? Так же точно нужно проверять и ориентацию в ситуации. С обязательной предварительной расшифровкой. Способность вспоминать — также простая для понимания и врача, и пациента функция ясного сознания. Третий критерий —

осмысление. Нужно пояснить. Речь идет не вообще о мышлении и его расстройствах, коих можно насчитать сотни.

Подразумевается способность «собираться с мыслями» при обдумывании ответов на вопросы врача, т.е. о понимании сути, содержания и значения вопроса врача, понимании связности ассоциаций, прочтении всей ассоциативной цепочки.

И, наконец, что такое отрешенность? Вернее, что такое отрешенность наоборот, т.е. ее отсутствие? Если пациент лежит в приступе онейроидной кататонии, устремивши зачарованный взгляд в потолок, весь переполненный фантастическими переживаниями, его отрешенность от окружающей жизни понятна и легко выявляется. А в случаях менее грубых нарушений сознания? Нам необходимо, как учит Ясперс, установить, возможно ли каким-либо образом фиксировать больного на сути речи врача, т.е. добиваться от пациента тех или иных реакций на поставленные врачом вопросы и задачи. Мы хотим понять, присутствует ли здесь и сейчас душа больного, или рядом с нами находится только его телесная оболочка, душа же отрешенно парит в просторах вселенной.

Отрешенность в легкой степени, без глубокого нарушения сознания, может встречаться при загруженности больного какими-то переживаниями, и не только галлюцинаторными или онейроидными. На одной беседе с пациентом, у которого формировался ипохондрический бред, маскирующийся в псевдонавязчивые мысли и сомнения, врач длительное время старательно проводил рациональную психотерапию, разъясняя отличия тяжелого заболевания, якобы имевшегося у больного, от тех ощущений, которые действительно испытывал пациент. Спустя почти час врач понял, что пациент не слышит его, взгляд был погружен внутрь, он находился не «здесь и сейчас», а «там», глубоко в своих переживаниях, он своими бредовыми умозаключениями отрешался, отрезался, изолировался от личности и речи врача, он бредовыми переживаниями переносился в мир иной, в силу чего не мог фиксироваться на вопросах и доводах психиатра.

Оглушение

Существует еще одно психическое нарушение, чаще всего встречающееся именно при расстройствах сознания, именуемое растерянностью, описанное Н.Я. Беленькой в 1966 г., основной симптом которой — аффект недоумения — изложен еще в 1893 г. С.С. Корсаковым. Последний обрисовывал это состояние первоначально в качестве эмоционального нарушения, при депрессивной острой спутанности в клинике психозов с нарушениями сознания. А.В. Снежневский в лекциях по общей психопатологии рассматривает растерянность (мы уже рассматривали об этом в нарушениях сферы внимания, в чем-то повторимся) как остро возникающее нарушение психической деятельности, сопровождающееся либо нарушением самосознания, либо чувством непонятной, необъяснимой измененное™ окружающего мира. При шизофрении аффект недоумения и феномен растерянности отражают неспособность понять изменения, касающиеся обращенных «вовнутрь» болезненных переживаний. При алкогольных параноидах он носит характер эмоциональных реакций с недоумением, вопрошающей мимикой, возникших в результате остро наступившей необычности происходящего вокруг, т.е. при обращенности переживаний больного вовне.

Одна из неплохих классификаций нарушений сознания представлена в «Общей психопатологии» А.О. Бухановского. Нарушения сознания разделяются по динамике, или развитию этого расстройства, и по структуре. Развитие нарушения сознания может происходить мгновенно, в форме пароксизма, или растянуто по времени — непароксизмально. В структуре же нарушений сознания мы обнаруживаем выключение и помрачение сознания [И]. Итак, прежде всего мы обязаны знать состояния непароксизмальных выключений сознания, к которым относят оглушение, сонор и кому, поскольку это неотложные состояния, требующие немедленной не только психиатрической, но и просто медицинской помощи.

Оглушение — это первая степень выключений сознания, которая в свою очередь делится на обнубиляцию — начальную легкую степень оглушения и сомнолен- тность — глубокое оглушение. Что касается оглушения, особенно обнубиляции, вряд ли правомерно говорить о выключении сознания. Скорее это не выключение, а падение напряжения «в сети» сознания. Когда вы у себя в доме включаете мощное энергоемкое устройство,

сразу тускнеет свет в лампочке. При оглушении происходит прежде всего повышение порога восприятия. Что это такое?

Вы идете по старой деревенской улочке. Напротив друг друга стоят два дома. Один — жалкая лачужка деревенского пастуха-доходяги, с покосившимися стенами, почти врытыми в землю окнами и порожек, что называется, ниже уровня моря. Второй — купеческий особняк, выложенный красным кирпичом, с балконами и высоким крыльцом, переходящим в веранду. Как вы думаете, в какой дом будет легче войти бабуле с изношенным старым сердцем? Конечно же, в лачужку пастуха, где крыльцо ниже уровня земли. Чем выше крыльцо, тем труднее подняться на него, чем выше порог восприятия, тем труднее ощущениям, цельным феноменам восприятия пробраться в «высшие этажи здания» сознания. Как клинически выглядит этот повышенный порог восприятия? Чтобы больной с повышенным порогом восприятия услышал какие-либо звуки, они должны быть несколько громче обычных. Чтобы почувствовал запах пищи, парфюмерных или кондитерских изделий, запах должен быть чуть сильнее. Чтобы почувствовать боль или прикосновение, эта боль или касание должны быть несколько более интенсивными. Но повышение порога восприятия — только часть патогенеза оглушения. Сознание не исчерпывается только «отражением» действительности. Ощущения, образы, представления и все иные феномены сознания должны не только проникнуть за его порог, но и быть переработанными, «свариться в котле» сознания в некую кашу и т.п. Как проявляется затруднение этого кашеварения? Как клинически опознать, что на сознание человека болезнь надела едва обнаруживаемую вуаль? Время — великий инструмент и прекрасный диагност! Удлиняется время ответа. Увеличивается так называемый латентный промежуток между вопросом врача и ответом пациента. Здесь нужно быть очень внимательным. Увеличение латентного промежутка может быть связано с ментизмом, о коем мы уже говорили, с иными нарушениями мышления.

Иллюстрация оглушения

Кроме увеличения времени переработки воспринятой сознанием картины окружающего мира, мы можем наблюдать очень важный феномен этого состояния - фрагментарность, осколочность, дробность осмысления и восприятия мира. Так, фары автомобиля выхватывают из пейзажа, окружающего дорожное полотно, отдельные придорожные столбы, силуэты строений, дорожные знаки. Водитель, путешествующий в ночи, всегда больше рискует совершить ДТП, так как темнота поглощает большую часть обычно видимого мира. При сомнолентности или выраженном оглушении резко затрудняется словесный контакт, речь, если и имеется, грубо дизартрична (речь сильно пьяного человека), взгляд с трудом сосредотачивается на собеседнике. Глаза начинают «плавать». Движения приобретают хаотичность или стереотипность. Нередко отмечаются выкрики нецензурной брани, связность речи теряется. Снижается заметно болевая чувствительность (этим эффектом и объясняется первоначальное использование алкоголя в качестве наркотического обезболивающего средства). Чтобы привлечь внимание пациента, нужно не просто хлопнуть его по руке, а довольно сильно ущипнуть, потрясти, как бы поколотить по рукам или ногам.

В конце 2004 г. в приемный покой из инфекционной больницы доставили женщину с измененным сознанием. Дежурный врач расценила состояние как аментивно-подобное и оставила больную в стационаре. Утром при осмотре она не говорила ни одного слова, мычала и издавала нечленораздельные звуки, оборачивалась только на громкий оклик по имени. Выражение глаз было несколько болезненно растерянным, иногда равнодушным, тусклым. Заподозрив неладное (оглушение вследствие какого-то грубого органического заболевания мозга), мы вызвали перевозку, чтобы отправить на консультацию в БСМП к нейрохирургам. Из короткого анамнеза, который дал муж женщины, следовало, что состояние развилось остро два дня назад после однократного подъема температуры до 37,6 °С. Уже на следующий день поведение стало неадекватным, постепенно перестала разговаривать и отвечать на вопросы. Перед приездом перевозки у больной развилось два подряд эпилептических генерализованных приступа. Мы перезвонили и вызвали реанимацию, так как постепенно нарастало оглушение, перешедшее в сопор. В БСМП написали, что нейрохирургической патологии нет. Мы вызвали невропатолога из горбольницы и начмеда инфекционной больницы. Сделали пункцию, обнаружили небольшое повышение белка; с подозрением на вирусный энцефалит женщину перевели в инфекционную больницу. Там, в отделении реанимации, через двое суток она пришла в сознание, но запомнила весь период пребывания у нас. Так и вели ее как больную с энцефалитом. Уже после перевода к нам удалось узнать любопытные

подробности анамнеза, которые сразу же могли бы пролить свет на сущность страдания. Во-первых, женщина за несколько дней до болезни много времени работала с анилиновыми красителями. Во-вторых, на второй день после подъема температуры утром пошла на работу, которая находилась недалеко; в ста метрах от места проживания, в ночной сорочке и в обуви — на одной ноге был зимний ботинок, на другой ноге туфля. Если бы дежурный врач получил сведения о таком нелепом поведении, свидетельствующем о нарушении сознания (оглушении) уже на второй день болезни, она наверняка не оставила бы больную у нас.

Тотальная амнезия всего периода нарушения сознания свидетельствовала также о грубом изменении сознания. Кстати, недавно удалось прочитать изумительное описание различия потери и провала памяти.

«Представьте себе вагон, — пишет японский писатель. — Потеря памяти — это когда из какого-то вагона идущего поезда выпадет содержимое вагона, груз, который перевозился в этом вагоне. Провал же памяти — это исчезновение самого вагона из состава поезда».

Завершая этот рассказ, следует сделать вывод, что так называемая среда обитания души, к коей относится и одежда человека, и его обувь, могут сказать заметно большее для оценки состояния души (психической сферы) этого человека, ибо в том, какую одежду или обувь в каждый данный момент надевает человек, содержится бесценная информация о его душевном самочувствии и состоянии. Выраженное оглушение постепенно переходит в глубокое, которое сопровождается потерей речи. Сохраняются основные рефлексы, в частности назопальпебральный рефлекс, с утратой которого наступает сопор. При сопоре речь отсутствует, больной лежит, как правило, с закрытыми глазами, глазные яблоки совершают плавающие движения, болевая чувствительность резко снижена, и только при очень сильной боли возможна какая-либо реакция, назопальпебральный рефлекс отсутствует (при легком поколачивании по переносице не отмечается рефлекторное закрытие глаз). Сохраняются роговичный и корнеальный рефлекс.

С утратой роговичного рефлекса наступает кома. Полностью теряется болевая чувствительность. Больной бездвигателен. Отмечаются изменения в основных показателях соматического состояния — артериальном давлении, пульсе, частоте дыхания. Исчезновение корнеального рефлекса свидетельствует о переходе комы в предагональное состояние. В клинической психиатрической практике состояния сопора и комы не встречаются — это удел соматической медицины. Несколько десятилетий назад каждый начинающий врач-психиатр должен был назубок знать отличительные признаки оглушения, сопора и комы, так как с первых шагов в психиатрии он неминуемо встречался с практикой ежедневного определения глубины инсулиновой комы в рамках проведения инсулино-шоковой терапии. Сегодня ИШТ уходит в славное прошлое, и представить взору врача в одной палате все стадии, мельчайшие оттенки и переходы оглушения в сопор и далее в кому уже невозможно.

Как иллюстрацию оглушения приведем клинический случай последнего времени.

Скорая помощь доставила в приемный покой детской больницы мальчика 13 лет, у которого через час после скандала с родителями развилось тяжелое возбуждение прямо в помещении кафе, куда семья отправилась праздновать Новый год. Возбуждение было столь сильным, что его решили отправить в ПНД как психически больного. Мальчика внесли на носилках, его удерживали руками родители и фельдшер скорой помощи. Он что-то бормотал, размахивал руками, временами закрывал глаза. Когда ему задавали вопрос, поднимал глаза, смотрел мутным, пьяным взглядом на врача, но ни на один вопрос не отвечал. Вместо речи — мычание. Удалось с трудом разобрать только его имя, да и то — сильно искаженное. Мы предположили, что он выпил какое-то лекарство, стали выяснять у матери. Объяснили врачу скорой помощи, что у мальчика глубокое оглушение, которое может быть вызвано быстротекущей инфекцией, признаков которой не обнаруживалось, либо отравлением. Мать вспомнила, что отец болен сахарным диабетом и дома имеется много таблеток, понижающих содержание сахара в крови. Было высказано предположение, что у мальчика возможно гипогликемия или какое-либо иное отравление. Одним словом, забрали мальчишку в детскую реанимацию. Спустя два дня сообщили, что он отравился димедролом, что уже все в порядке, и он переведен в общее отделение.

Делирий

Традиционно, изучение состояний помрачения сознания принято начинать с делирия. Это расстройство, как и онейроид, и аменция, относится к непароксизмальным нарушениям сознания. Что это означает? Нарушение

возникает постепенно и постепенно проходит. Можно обнаружить различные более-менее четко очерченные стадии, проследить зарождение, нарастание, расцвет и угасание состояния. Развернутый делирий, если оценивать прежде всего критериями Ясперса, характеризуется нарушением ориентировки в окружающем мире, времени и ситуации. Ориентировка в собственной личности сохраняется до самых тяжелых степеней делирия. Психическое пространство заполнено истинными зрительными галлюцинациями, постепенно обрастающими и слуховыми, и иными, т.е. галлюцинаторный феномен преобразуется в комплексный. При устрашающем содержании галлюцинаций состояние сопровождается страхом и тревогой. Вторым компонентом ясперовской тетрады, всегда встречающимся при делирии, обнаруживается разной выраженности амнезия — конградная, т.е. распространяющаяся на период существования болезненного нарушения. Типичный делирий, за модель которого чаще всего принимают алкогольный делирий (белую горячку), имеет три этапа, или стадии развития, которые более столетия назад описал Либермейстер. Почему нужно знать эти этапы? Делирий — urgentное состояние. Симптоматика носит всегда потенциально опасный характер, следовательно, диагностика, а особенно прогнозирование развития состояния имеют особое значение. Это наиболее важно на ранних этапах развития делирия, когда совсем не очевидна динамика в сторону помрачения сознания.

Привозят в приемный покой этакого замызганного, суетливого, с бегающими глазками человечка, от которого на километр разит бурным выхлопом перегара. Жена сообщает, что он во сне кричит, видит страшные сновидения, просыпаясь, становится заводным. Бегаёт по дому, суетится, заглядывает во все углы, ищет, как водится, водку. Сев за стол, начинает безумолку болтать. «Ну дурак, дураком, алкаш мой» — так, чуть ласково повествует о нем супруга. Кажется, что стоит его отмыть, почистить, переодеть, накормить, и засияет здоровьем доставленный ночью пациент. Не тут-то было. Эта так называемая инициальная стадия незаметно, но верно, плавно и неуклонно перетекает в предцелирий, когда больной начинает терять временно ориентировку в ситуации и обстановке. В дневное время сознание вроде бы полностью проясняется, возникают светлые промежутки, именуемые врачами «люцидными окнами». К вечеру возникают зрительные иллюзии, нередко парей- долии. Затем они сменяются гипнагогическими галлюцинациями, а уже на следующий день возникают стойкие зрительные галлюцинации, при которых пациент видит галлюцинаторные образы среди реальных вещей, предметов окружающего пространства. Впоследствии галлюцинации полностью закрывают реальный мир. Описывают случаи, когда больные не замечают высоты и могут выйти в открытое окно многоэтажного дома. Усиление галлюцинаций приводит к сценopodobности, образы животных, существующих в биосфере (мышей, кошек, собак, волков, тараканов, клопов, вшей), сменяются фантастическими образами — чертями, кентаврами, циклопами и прочей нечистью. Эмоции бурные. Страх, тревога, ужас. Мимика очень выразительная, гримасы ужаса и страха сменяются на растерянное, тревожно-озабоченное выражение лица. Нередко больные нападают на мнимых страшилищ, а поскольку те занимают реальное пространство, под руку и под орудие защиты может попасть любой случайный человек.

В декабре 2003 г. во второй половине дня линейная бригада скорой помощи доставила больную девочку, которую нес на руках ошарашенный всем случившимся отец. Глаза его были испуганны, тревожны и полны ужаса. Присев на кушетку, он с большим трудом удерживал на руках мечущуюся, вопящую, с всклокоченными, спутанными волосами, вспотевшую девчужку лет семи. Примерно за полчаса до нашего осмотра девочка упала в обморок в классе, ей стало, по словам отца, «плохо». В психическом статусе сразу обращала на себя внимание выраженность, мощность возбуждения. Страх и ужас выливался изо рта девочки визгом, криком, воплями ужаса. Видимо, она галлюциновала, видения были страшными, и она инстинктивно закрывала глаза. Попытки насильно приоткрыть веки наталкивались на резкое сопротивление, но все же можно было разглядеть нормальной величины зрачки. Это было очень важно установить, ибо психотическое состояние весьма напоминало тяжелый интоксикационный психоз, прежде всего атропиновый. То, что она — «не наша», конечно, сразу же было ясно. Но даже предположить этиологию разворачивающегося заболевания оказалось весьма непростым делом. По словам отца, никаких лекарств, необычной пищи, каких-либо химических веществ девочка употребить не могла, ибо находилась все время под наблюдением родителей и учителей. Против инфекционного психоза говорила нормальная температура, которую ваш покорный слуга (будучи в этот день дежурным врачом) все же решил проверить. Еле-еле удерживая девочку, мы вдвоем с отцом сумели-таки измерить температуру. Столбик ртути показал 36,6 °С. Интуитивно понимая, что оставлять больную в таком состоянии нельзя, так как не имея возможности оказывать интенсивную терапию, мы можем ее потерять, мы (дежурный доктор, заведующая детским отделением и начмед) начали размышлять вслух. Что же это может быть? Итак, эндогенное заболевание в детском возрасте так никогда не манифестирует. Сумеречное состояние сознания при дебюте

эпилепсии — также проблематично, ибо поведение при сумерках все же более внешне упорядоченное, да и радикал психопродуктивной патологии у детей бывает значительно реже, чем у взрослых. Чаще состояния помраченного сознания у детей протекают в виде амбулаторных автоматизмов. Здесь же, исходя из внешних признаков, превалировала делириозная составляющая. Если девочка не была отравлена, значит — это острая инфекция. Начинается грипп. Логично предположить бурное начало гриппозного менингоэнцефалита. Дебаты закончены. Продолжались они минут пять. Мы пишем направление в инфекционную больницу. Судьба девочки нас очень тревожила, и в этот день мы несколько раз справлялись о ее состоянии у коллег. Ей успели часа за два сделать люмбальную пункцию, в анализе которой все было чисто. Компьютерная томография мозга также ничего не обнаружила. Анализы крови спокойные! Консультация нейрохирурга констатировала отсутствие объемных образований. До вечера температура оставалась нормальной. Обнаружена была лишь легкая гиперемия зева. К вечеру температура начала повышаться. Возбуждение сменилось сопором. Затем был отмечен генерализованный судорожный приступ. После диагностики острого вирусного энцефалита в реанимации инфекционной больницы была начата интенсивная терапия, проведен плазмозферез. К утру температура снизилась до субфебрилитета, девочка пришла в сознание.

Именно так, не в форме классического «книжного» варианта, а со всевозможными сюрпризами встречается в жизни делирий.

Мусситирующий делирий и профессиональный делирий

Третья стадия (этап) делирия может перейти в особую стадию, именуемую другим нозологическим определением — очень тяжелый, так называемый **мусситирующий делирий**, иначе его именуют бормочущим. Больные очень глубоко дезориентированы в окружающем. Обращение к пациенту не вызывает реакции. Возбуждение суживается до пределов постели. Раздается бессвязное бормотание, набор отдельных слов или даже их обрывков. Время от времени можно отметить гиперкинезы, появляется известное в народе «обирание», при котором больные стряхивают с себя нити, натягивают и срывают простыню, вытаскивают подушки. Общий вид сонливый. Нередко глубокий сон переходит в сопор и кому. Мы видим, что здесь имеют место известные взаимопереходы количества и качества, которые студенты-медики изучали на II курсе медицинского института. Качественное расстройство сознания при его углублении переходит в количественное - на смену тяжелому делириозному нарушению приходит оглушение и сопор. В этом и есть суть мусситирующего делирия. Автору довелось в молодости, при отсутствии современного оборудования и эффективных лекарственных средств, оказывать помощь больным с тяжелым мусситирующим делирием.

У одного из них на фоне нарастающего оглушения начали появляться глазодвигательные нарушения, свидетельствующие о возможном переходе делирия в тяжелую энцефалопатию Гайе—Вернике. Пациент шумно дышал, появилось клокотание, бульканье при дыхании, начинался отек легких. При оказании реанимационных мероприятий из дыхательных путей на выдохе выделялась пена, смешивающаяся с рвотными массами, главную часть которых составляло известное в народе средство — политура, коим хозяйки натирают мебель. Из тех пятерых пациентов с тяжелым мусситирующим делирием, что пришлось нам наблюдать, один умер, один выздоровел, у троих после перенесенного психоза обнаруживали признаки органической деменции.

Особый вариант делирия - это так называемый **профессиональный делирий**. Почему он так необычно называется? Дело в том, что действия, которые совершает при данном помраченном сознании больной, напоминают автоматизированные движения, используемые в обычной жизни этим больным в своей собственной работе, своей профессии. На высоте помраченного сознания шофер совершает движения управления рулем автомобиля, ткачиха передвигает ткань и шьет, повар чистит овощи и выпекает пирожки, а штамповщик поворачивает рычаг пресса. Этот вариант делирия характеризуется значительно более глубоким помрачением сознания, чем типичный. Сознание полностью отрешено от окружающей жизни. Наплывов галлюцинаторных переживаний не бывает. Создается впечатление, что психика человека поворотом невидимого выключателя отключается от мира и окружающей жизни и переводится в режим автономной, автоматизированной псевдопрофессиональной деятельности. Алкогольный делирий именуется в обыденном сознании «белой

горячкой». Связано это с большой смертностью при этом психозе в прошлые века. От чего умирали пациенты? От нарастающего отека мозга или сопутствующих тяжелых соматических осложнений, прежде всего пневмонии и отека легких. Сегодня медицина имеет мощные орудия борьбы с интоксикацией — плазмоферез, гемодиализ, современные способы детоксикации. Смертность от делирия значительно снизилась, но это психическое расстройство не утратило принадлежности к неотложной ургентной психиатрии. Совершенно иные закономерности возникновения, течения и исходы имеет онейроидное помрачение сознания.

При этом помрачении сознания на первое место выходят аутопсихическая дезориентировка, изменение самосознания, вплоть до расщепления, раздвоения, исчезновения и отчуждения своего «Я», аллопсихическая дезориентировка с полной отрешенностью от действительности и погружением в мир грезоподобных переживаний. Масштабный фантастический грезоподобный чувственный бред, выраженные аффективные, часто полярные нарушения от депрессии до экстаза, массивные зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, кататонические нарушения — ступор, кататоническое возбуждение, частичная или полная амнезия окружающей обстановки, ситуации при сохранности воспоминаний о содержании болезненных переживаний. Развитие онейроида происходит в определенной последовательности, запомнить и воспринять которую довольно сложно, если не выделить два основных алгоритма развития и динамики этого нарушения сознания. Во-первых, мы должны помнить, что сердцевину этого синдрома составляет выраженная патология самосознания, динамика постепенного отчуждения «Я». Именно по этой причине нам кажется правильнее сначала изучить нарушения самосознания, а затем лишь нарушения сознания, в частности онейроид, составной частью которого и является массивная патология самосознания. Во-вторых, нарастание фантастичности и громадности переживаний. Мы говорим, что делирий — типично экзогенное психическое расстройство. Проявляется в подавляющем большинстве случаев при интенсивном воздействии какой-либо вредности - отравлении, инфекции, травме и т.д. Внешнее воздействие не вызывает нарушение самосознания, природа оставляет больного внешним наблюдателем.

Динамика развития онейроидного приступа

Эндогенное воздействие при онейроиде вызывает, как правило, нарушение самосознания, т.е. глубокого внутреннего психического феномена; природа выводит больного в центр событий, на сцену, он становится участником триллера или фантазмагии, его личность полностью подчиняется действию и развитию сюжета. В 1975 г. Т.Ф. Попадопулос описал в своей монографии семь этапов развития онейроидно-кататонического приступа при шизофрении [54]. Не всегда можно проследить все семь этапов, порой развитие психоза обрывается раньше, нередко мы диагностируем так называемый ориентированный онейроид, т.е. такой, который не дошел до стадии полной дезориентировки в окружающем и в собственной личности. Но знать все этапы необходимо просто потому, что они отражают объективно имеющиеся закономерности динамики нарушений самосознания и нарастания отрешенности. Прежде чем проследить все этапы и сопоставить их с клиническим описанием больной, которая была представлена А.В. Снежневским слушателям его лекций в Новгородской областной психиатрической больнице, мы дадим определение одному важному понятию — слову, являющемуся главным сущностным определением психического феномена, называемого онейроидом — слову «грезы». Известно широко употребляемое выражение, использованное, например, в арии Лизы в «Пиковой даме»: «Мои девичьи грезы...» В обыденном сознании слово грезы означает мечты. В толковом словаре русского языка дается первоначальное значение этого слова — призрачное видение, сон, которое значительно ближе к истинному пониманию сущности онейроидного помрачения сознания. Итак, сновидность и призрачность — вот те сквозные признаки, в феноменологическом смысле пронизывающие это состояние.

Теперь мы готовы проследить динамику развития онейроидного приступа.

Итак, на первом этапе (он называется инициальным этапом общесоматических расстройств и колебаний аффекта) возникает расстройство аффекта, нарастающее в интенсивности и пронизывающее затем весь приступ. Аффект может быть пониженным, депрессивным, со страхом, тревогой, а может быть повышенным, экстатическим, сопровождающим, допустим, мегаломанический бред величия.

У представленной на лекции А.В. Снежневского больной З. В. на следующий день после родов дочку не принесли на кормление. Появилась тревога, страх за дочь, решила, что с ней плохо. Девочку вскоре принесли,

но тревога не проходила. То ей казалось, что ребенок плохо берет грудь, то беспокоилась по поводу домашних дел.

На этом первом этапе могут появляться сверхценные, психогенные по механизму возникновения идеи, что придает такому состоянию характер псевдорек- тивного. У З. В. как раз возникла тревога после задержки первого кормления.

На втором этапе (именуемом этапом бредового аффекта) появляются первые проявления острого чувственного бреда. Возрастает напряженность аффекта, начинает изменяться собственное «Я», возникает картина острого параноида. Что мы слышим в лекции А.В. Снежневского про его пациентку? З. В. стало казаться, что врачи на нее сочувственно смотрят, поскольку у нее или у ребенка плохо со здоровьем, чувствовала, что с ней происходит что-то неладное. По дороге в больницу была как-будто чуть пьяной, окружающее как-то странно отделилось от нее, стало чужим, неясным (первые проявления деперсонализационно-дереализационных нарушений). В отделении сильно испугалась, не поняла, что это за люди, почему так странно ведут себя. Почудилось, что ее отдали им на растерзание (острый чувственный бред).

На третьем этапе (аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации — бреда интерметаморфоза и бреда значения) возникает двойственность ориентировки, окружающее кажется загадочным, подстроенным, возникает аллопсихическая деперсонализация (сенестопатии, ментизм, шперрунги — как особые изменения в собственном «Я»). Возникают психические автоматизмы, ложные узнавания, симптом Фреголи. Что происходит на этом этапе с З. В.? У нее исчезли обычные звуки, показалось, что это неестественно возникшая глухота, ее каким-то образом оглушили (проявления аллопсихической деперсонализации). Пришло в голову, что она попала к баптистам, принимала за них всех, кто был в белых халатах (бред интерметаморфоза). Больные представляли другую партию, среди них узнавала знакомых. Поняла, что между этими двумя партиями идет борьба за резус. Этот резус был в ней, она была виновницей этой борьбы (антагонистический, манихейский бред).

Четвертый этап (фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации): происходит парафренизация переживаний, бред становится фантастическим, появляется грезоподобность мышления и всей психической деятельности (призрачность, сновидность — акцентируем внимание именно на таком понимании грезоподобности). На этой стадии у нашей больной появляются массивные псевдогаллюцинаторные переживания. «Мысленно слышала, как по койкам передавали голос, рассказывающий, чья сторона берет верх. В это время чувствовала, что прядь волос у нее светится. Когда ей перевязывали грудь, казалось, что ее распяли. Она мысленно просила, чтобы распяли только ее. Это были муки, которые она должна была нести, чтобы всем было хорошо. Однажды мысленным взором увидела или очень ярко представила себе, как на небе, среди туч появился бог (это и есть грезоподобность мышления, переходящая в псевдогаллюцинации). Он был похож то на ее отца, то на дядю. Он терял силу, она неправильно вела себя, а баптисты пользовались этим и били бога».

Пятый этап (иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации). Наиболее характерная особенность данного этапа - визуализация воображения. Воображаемые картины, грезы, представления, являющиеся идеаторными, внутренними переживаниями, переносятся в сферу ощущений, восприятия, чувственной перцепции. Иллюзии, фантастические псевдопарейдолии, сценopodobные, псевдогаллюцинаторные переживания переносят больных в сказочные миры, космос, космические корабли, другой свет и т.д. Наступает глубокая дезориентировка, особенно во времени, вплоть до сказочного, фантастического ирреального определения текущего года и числа (больные живут тысячелетия тому назад или, наоборот, в пятом тысячелетии нашей эры). У З. В. на этом этапе имелись следующие переживания: «Потом перед ней появился большой экран, на нем возникали показываемые ей не то самим богом, не то самой природой картины. Ей казалось, что все гибнет. Изображения были неподвижны, она видела «внутренним взором», что они отличались от того, как она видела бога, были ярче, восприятие — более целостным, видела всю картину сразу, со всеми деталями. Видела, как все рушилось, лежали придавленные обвалом люди».

Для шестого этапа истинного онейроидного помрачения сознания характерна полная алло- и аутопсихическая дезориентировка. Если на предыдущих этапах какая-то связь с действительностью еще оставалась, то на этом — больные полностью «отключены» от окружающей обстановки. Взгляд их абсолютно отрешенный, блуждает в глубинах вселенной, привлечь внимание не удастся, отмечается состояние зачарованного ступора или возбуждение с экстазом и патетикой. Происходит раздробление, растворение, перевоплощение своего «Я». Перед внутренним взором больного разворачиваются грандиозные фантастические события.

В предложенном вниманию врачей случае А.В. Снежневский сообщал о своей больной следующее: «Если раньше, хотя бы время от времени видела окружающих, иногда понимала смутно, что она в больнице, то здесь представление об этом полностью исчезло. Ее положили на какой-то пьедестал: вдали имеется просвет, который сообщался с пещерой, заваленной людьми. Дьяволы в белых халатах таскали людей в ад. Она тоже попала в ад. Там было жарко, казалось, что людей жарят на углях. Иногда она сама превращалась в ведьму, страдала от того, что в качестве ведьмы (вот оно — перевоплощение «Я») мучает других людей. Она испытывала нечеловеческие муки. Когда ее поднимали, казалось, что в нее запускают пиявок, они присасывались к ней изнутри, изучали ее. Стало казаться, что вся Вселенная распадается, история Земли движется вспять. Люди превращались в животных. Снова появился экран, на котором видела саму себя, она лежала на берегу моря, голова была какой-то скалой. Лицо наполовину превратилось в собачью морду. Ей казалось, что ее все видят, весь мир, она была незаслуженно выставлена на позор. Видения на экране продолжались, как-будто перелистывали страницы книги. Она боялась есть, думала, что тела погибших в ходе обратного развития перерабатывались в продукты. Ягода клубники, похожая на сердце, казалась ей сердцем дочки. Потом перелетела на другую планету, вселенная сгорела. Неясно было, кто она. Все это представлялось, окружающее в это время опять не воспринимала. Потом стала понимать, что ее окружают врачи, больные».

До седьмого этапа — аментивноподобного помрачения сознания с фрагментацией онейроидных переживаний наша больная не дошла (начался выход из психоза). Для этого этапа характерно особо тяжелое состояние. Клиническая картина теряет свою целостность, переживания распадаются на отдельные фрагменты, преобладают растерянность и недоумение. Грезоподобные переживания становятся спутанными, фрагментарными. Речь бессвязна, невнятна. Возбуждение приобретает черты аментивного. Нередко этот этап становится основной клинической картиной при так называемой фебрильной шизофрении. Больные с аментивноподобным этапом онейроида попадают к обычному практикующему врачу-психиатру, за исключением особых университетских клиник, раза два за всю профессиональную жизнь. Но каждый раз — это уникальный случай и диагностики, и лечения. Нам довелось наблюдать и лечить больную с тяжелым аментивноподобным приступом в рамках шизофрении, на этапе развернутого психоза, когда первые стадии онейроида либо быстро пролетели, либо были пережиты больной дома и никак не замечены родственниками.

В отделение больная попала с отдельными осколками фантастического бреда реформаторства, величия, с остро развившимся синдромом Кандинского-Клерамбо, тотальной дезориентировкой, быстро меняющимся аффектом, от глубокой депрессии до экзальтированно-восторженного настроения, разорванной речью, множественными кататоническими симптомами — стереотипиями, негативизмом, эхолоалией, восковой гибкостью, застываниями в неудобных позах. На фоне всего этого ведущим проявлением психотического состояния оставалась на протяжении многих дней госпитализации спутанность мышления и речи, очень напоминающая аментивную спутанность. Богатство клинической картины дополнялось фебрилитетом, носящим, как нам казалось, соматический генез. У больной после перенесенной пневмонии развилась эмпиема легкого. Лечение нейролептиками, огромным количеством общеукрепляющих средств, гормонотерапией и т.д. и т.п. продолжалось довольно долго, больная выжила.

Анализируя случай, мы пришли к выводу, что имели дело с конечной стадией онейроидно-кататонического приступа, первые стадии которого больная пережила вне стен лечебного учреждения.

Онейроид

Для доказательства того, что это вполне возможно, воспроизведу случай, рассказанный нам когда-то в ЦОЛИУВе, на цикле по эндогенным психозам.

Один пациент в течение месяца ежедневно собирался на работу, уходил ровно в семь утра из дома, возвращался в пять вечера. Целый день он сидел на вокзале, в зале ожидания, тихонько, никому не мешая, ничем себя не обнаруживая. Милиционер, обслуживающий людный вокзал, обратил внимание на этого странного пассажира, заметил его как-то, кой-то отрешенный (так и говорил), потусторонний взгляд. Он не отвечал на вопросы, пассивно подчинился представителю власти, который благополучно сопроводил его в психиатрический стационар. Там и обнаружили, что у странного пассажира в полном расцвете развивается онейроидный приступ, давность которого, судя по рассказу родственников, не менее 3 нед.

Таким образом, внешнее благообразное поведение скрадывает остроту состояния, часть больных не доходит до больничного отделения на ранних этапах онейроида.

Вспоминается случай с мужчиной средних лет, у которого развился онейроид, но он продолжал работать, и не кем-нибудь, а шофером-дальнобойщиком, управляющим огромным автокраном. Он переезжал со своим краном в разные населенные пункты, поднимал и опускал многотонные грузы и при этом находился во власти фантастических космических переживаний. У психиатра пациент появился уже после того, как миновал острый онейроидный приступ, о чем и рассказал врачам. Повергла в изумление не клиническая картина фантастических переживаний, а сохранность остаточной работоспособности больного. Возможно, присущая пациенту замкнутость, малоразговорчивость, этакая постоянная миниотрешенность от суетливого течения жизни и позволили ему продолжать работать, будучи в глубоком приступе заболевания.

У части больных онейроид abortируется. Довольно полные описания аментивно-поподобного этапа онейроида представлены в монографии А.С. Тиганова «Фебрильная шизофрения» (1982). Хотя они выделяются автором в отдельную форму шизофрении, но суть аментивноподобного состояния, что именно нас и интересует в контексте изучения состояний помраченного сознания, описана замечательно. А.С. Тиганов пишет, что кратковременные онейроидные эпизоды можно констатировать лишь в начале аментивноподобного возбуждения, воспоминания больных в период ремиссии о фантастических переживаниях относятся к этапу приступа болезни с картиной типичного кататонического возбуждения. Хотя возбуждение и напоминает аментивное, но, в отличие от аменции, при аментивноподобном состоянии в рамках шизофрении отсутствует крайняя изменчивость аффекта от экстаза до депрессии; наряду с конкретными высказываниями, свойственными аменции, могут проскальзывать высказывания фантастического содержания. В качестве примера приведем случай, описанный А.С. Тигановым.

«...За несколько дней до госпитализации в стационар больная, вернувшись со школьного новогоднего вечера, была крайне возбуждена, много говорила, смеялась. Внезапно начала рыдать, сообщила, что у нее огромное горе, так как она поссорилась со своей подругой. Вскоре успокоилась, но была подозрительной, настороженной. Ночью не спала, много раз вставала с постели, проверяла, заперты ли двери... В последующие дни то бродила по комнате с растерянным выражением на лице, что-то бормотала, то ложилась в постель, вслух читала, хватала мать за руки... На вопросы отвечала: «Дайте подумать». Приняла вошедшего врача за умершего дядю, мочилась в постели. В больнице в первый день была резко возбуждена, принимала патетические позы, то смеялась, то плакала, нараспев произносила отрывки стихотворений, на вопросы не отвечала. Была растерянной, неожиданно бросалась к больным, пыталась бить их. На короткое время застывала в различных позах, затем вновь становилась возбужденной. Спротивлялась попыткам накормить, мочилась и испражнялась в постели. Мышечный тонус был изменчив, то резко ослаблен, то повышен. К концу второго дня возбуждение изменилось. Мечется по постели, стонет, плачет, стремится вскочить, производит разнообразные хаотические движения руками, ногами, вращает головой, зарывается лицом в подушку, тербит одеяло, перебирает руками постельное белье, рубашку, хватая врача за руку, одежду, щиплет себя. То садится, то падает на постели. Стучит ногами, открывает и закрывает глаза, надувает щеки, показывает язык, морщит нос, лоб, выражение лица испуганное и тоскливое или безразличное. Почти непрерывно говорит, в речь включены слова, произносимые окружающими, речь не последовательна, часто состоит из отдельных слов, не связанных друг с другом. Вдруг начинает повторять: «Я больна, что со мной, в голове все перепуталось». Окружающих принимает за родных, зовет мать, но говорит, что вокруг нее врачи и сестры. Одного из врачей называет Мересьевым, говорит, что слышит в голове «голоса», которые обвиняют ее. Во время осмотра инструкции не выполняет, руками и ногами производит множество разнообразных хаотических движений. Ест из рук персонала, в постели неопрятна, ночью спит мало, оставаясь возбужденной» [65].

Аменция

А теперь самое время перейти к изучению следующего синдрома нарушенного сознания.

Аменция — непароксизмальное расстройство сознания, суть которого - прежде всего бессвязность мышления, нарушение осмысления окружающего мира и самого себя. Это - одно из самых тяжелых психических нарушений. Спутанность мышления и речи длится неделями, сопровождается полной амнезией переживаний и окружающей обстановки. Полная дезинтеграция всей психической жизни, диффузная алло- и аутопсихическая

дезориентировка, глубокое нарушение внимания с явлениями гиперметаморфоза (сверхизменчивость внимания), растерянность, достигающая крайних степеней, бесцельное, часто хаотическое возбуждение с метаниями, гиперкинезами. Аменция есть проявление крайней астении центральной нервной системы, поэтому и возникает при тяжелых астенизирующих заболеваниях человека. Стержневое проявление аменции - астеническая спутанность мышления и речи. По характеру этой спутанности врач-психиатр и обязан определить аментивное помрачение сознания.

Автору удалось лично наблюдать и оказывать помощь двум больным с аменцией.

Первой была девушка 19 лет, переболевшая двухволновым брюшным тифом, на фоне которого развился брюшнотифозный энцефалит (возможно, энцефалитическая реакция). После бурного делирия, перешедшего в кратковременный онейроид, через несколько дней начала энцефалитического психоза развилось аментивное помрачение сознания. Девушка стала беспомощной. На лице на несколько недель застыло выражение растерянно-жалкой беспомощности, большие круглые глаза смотрели на собеседника с постоянным вопросом, как бы вопрошающим — кто она, где она, что с ней происходит. Речь была бессвязной. На всю профессиональную жизнь запомнились краткие ответы девушки на очень простые вопросы, характеризующие суть аментивного нарушения мышления. Сейчас опишу сцену из жизни, которая стоит перед глазами вот уже 33 года. В ординаторскую женского отделения областной психиатрической больницы входит пожилой мужчина, отец Оли К. «Кто это?» — спрашивает заведующая отделением. «Костюм, как у моего отца, ботинки, как у отца, волосы на голове, как у папы». Заведующая повторяет свой вопрос, а девушка отвечает, что не знает, кто находится перед ней. Она способна была (хотя и не все дни, а когда ее состояние слегка улучшалось) воспринимать отдельные фрагменты действительности, она давала этим фрагментам, элементам окружающего мира правильные определения, но она не могла своим больным мозгом синтезировать, собрать вместе, в кучу, эти отдельные фрагменты, собрать в единый образ и «понятие отца», различные части его физического облика. Кроме спутанности сознания, мышления и речи, у нее отмечались как та тоноподобные симптомы — застывание, восковая гибкость, эхолия. Периодически она галлюциновала, имелись множественные массивные психосенсорные нарушения. На нее падали стены, потолок надвигался и мог вот-вот раздавить. Язык увеличивался до гигантских размеров, зубы становились огромными клыками. Она выходила из аменции долго, через два с половиной месяца от начала психоза. После выхода из помрачения сознания у нее сформировался стойкий психоорганический синдром (подробно и полно история болезни будет представлена во второй части книги).

Второй случай был опубликован в №10 МРЖ за 1978 г. Воспроизводим его с купюрами в качестве иллюстрации аментивного состояния сознания.

П-ва Т.П., 46лет, учитель поселковой школы. С целью самолечения выпила 82 таблетки антабуса по 0,25 г, всего 20 г в течение одного месяца. В конце апреля появились повышенная утомляемость, слабость, **головная боль**. В праздник 9 мая стала говорить своим коллегам, что поселок изменился, дома стали кривыми, улицы узкими. Лежа в кровати, видела падение лампочки с потолка (психосенсорные нарушения). 15 мая, через неделю, была найдена дома ужасно грязной, растрепанной. Говорила, что видит множество красных клопов, которые ее заедают (делириозные переживания). Слышала «голоса», предупреждающие ее о готовящемся убийстве. В психиатрическом отделении соматической больницы отмечалось резчайшее психотическое возбуждение с наплывом истинных зрительных и слуховых галлюцинаций. Была переведена в психиатрический межрайонный стационар. В психическом состоянии с первых дней сознание было помраченным. дезориентирована в месте нахождения и времени. Заявляла, что находится в своей школе, тюрьме, дома, говорила, что сейчас 1947год, 1965 год. Время года определяла как зиму. Взгляд был мутным, бессмысленным, выражение лица - страдальческим, гипомимичным. Маска застывшего страдания оставалась на лице до середины июля. Не осмысляла сути вопросов. Не понимала, что с нею случилось. Постоянно переспрашивала персонал, где она находится, куда пойти в туалет, что с нею случилось. Совершала неадекватные и нелепые поступки: ложилась на пол, укладывалась на полу спать. Во время патопсихологического исследования раздевалась донага и демонстрировала врачу-мужчине свои менструальные прокладки. Внимание крайне неустойчивое. Спонтанная речь бессвязна, прерывается плачем, стоном: «Холодно, хочу спать, ах, зачем вышла замуж? Вот погасла лампочка, пора умирать, этот халат мне мал, дайте ваше платье». В ночное время речевая бессвязность и беспокойство усиливаются. Кричит, стонет, произносит совершенно бессвязные обрывки слов и предложений. Отмечается отрывочная и быстропроходящая бредовая симптоматика. Заявляет о скорой смерти, угрозе убийства: «Могилу вырыли, завтра убьют, дайте отравы». Однажды сказала, что в отделении появились

апельсины для проведения поминок и похорон. На свидании с сестрой долго не узнавала ее, вглядывалась в лицо, одежду. Спустя 3 нед. после начала лечения контакт с больной стал полностью невозможным. Перестала отвечать на вопросы, произносила какие-то бессмысленные фразы, выполняла самые простые действия. Более сложные, требующие синтетической деятельности мышления, выполнить не могла. Например, при просьбе показать левое ухо, показывала левый глаз, считала по пальцам и с ошибками, передвигалась по палате на четвереньках. В течение последующих 2 нед. отмечалось возбуждение в пределах постели с речевой бессвязностью, совершением стереотипных действий, громкими криками, стонами. Через 2,5 мес. от начала лечения стал отмечаться медленный выход из психоза через резко выраженную астению, перешедшую в проявления психоорганического синдрома. Имелись крайне отрывочные воспоминания о начальном периоде психоза. Полностью амнезировала период более 2 мес. пребывания в стационаре. Известен катам-нез через 2 года. С трудом работает по специальности педагога. Отмечаются утомляемость, раздражительность, слезливость. При осмотре: обстоятельна, мелочно-педантична, конкретна в мышлении и речи, обидчива, слабодушна. Речь монотонна, лицо незначительно гипомимичное.

Таким образом, мы наблюдали случай интоксикационного психоза, манифестирующего делирием, перешедшим в длительную тяжелую аменцию, с выраженной астенической спутанностью мышления и речи, последующей конградной амнезией, перешедшей в явления психоорганического синдрома. Через два года остаются проявления астенического варианта психоорганического синдрома.

Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное помрачение сознания относится к пароксизмальным нарушениям сознания. Проявляется как внезапным началом, так и внезапным окончанием и, как правило, тотальной амнезией всего периода нарушенного сознания. Самым типичным для данного нарушения сознания является полная, тотальная амнезия (за исключением случаев ретардированной амнезии, воспоминания при которой держатся некоторое время после окончания «сумерек», а затем исчезают). Тотальная амнезия приводит к полному отчуждению факта сумеречного помрачения сознания, всего того, что случилось с больным в этом состоянии, от сознания человека. «Распалась связь времен» — так когда-то сказал герой Шекспира. Происходит разрыв непрерывности сознания. Между обычным сознанием больного, его самосознанием в момент «сумерек» и самосознанием после выхода из этого состояния нет связи. Можно сказать чуть иначе — «кусок» времени, «кусок» жизни провалился в пропасть, он недоступен сознанию больного настолько, что тот категорически и полностью отрицает какую-либо свою личную причастность к совершенному им в состоянии «сумерек», пусть хоть все свидетели мира дадут показания против него. Нам известен случай, когда больной эпилепсией в состоянии сумеречного помрачения сознания, будучи в автобусе, в присутствии огромного количества свидетелей убил пассажира ударом ножниц в шею. Его каким-то образом скрутили, признали, естественно, невменяемым. После случившегося в течение многих лет, находясь на принудительном лечении и после него, он категорически отрицал факт убийства, несмотря на очевидные обстоятельства и более двух десятков свидетелей. Сумеречное состояние сознания встречается в нескольких вариантах. Во-первых, некоторые авторы, в частности А.О. Бухановский, различают классическое сумеречное состояние сознания и сумеречное состояние с автоматизмами. Другие авторы подразделяют их по иным критериям. Нам представляется более логичным традиционное деление, при котором сумеречное состояние является большим сложным синдромом помраченного сознания, а все виды автоматизмов следует рассматривать как некие эквиваленты эпилептических пароксизмов. Рассмотрим три варианта «сумерек», классические описания

которых дает А.В. Снежневский в книге «Общая психопатология». Первый из них — бредовый вариант сумеречного помрачения сознания (иногда называемый параноидный). Поведение больных при данном варианте довольно последовательное, обращают на себя внимание сосредоточенный, как бы отсутствующий взгляд, напряженность аффекта. Сознание заполнено насыщенным, крайне напряженным острым чувственным бредом.

«Офицер корабля в день отпуска на берег ведет себя как обычно...но через некоторое время окружающим бросается в глаза, что он становится более молчаливым, сосредоточенным, напряженным, взгляд отсутствующим. Тем не менее поведение его остается правильным: он приводит себя в порядок, бреется, садится в шлюпку, приезжает на берег... В дальнейшем, уже по данным свидетелей, выясняется, что он бродит по городу, его видят то в одном конце, то в другом. Далее он проникает в дом отдыха, там прячется по закоулкам

и вдруг нападает на одного из отдыхающих и убивает его. Его задерживают, доставляют в милицию. Там он очень непоследовательно сообщает о себе, называет фамилию, возраст путает, быстро погружается в глубокий сон. Проснувшись, ничего не помнит о случившемся» [62].

В качестве второго варианта некоторые ученые описывают галлюцинаторный вариант сумеречного помрачения сознания, другие называют его неистовым возбуждением. Если название «галлюцинаторный вариант» довольно понятное, означающее наполнение болезненно измененного сознания галлюцинаторными феноменами, то «неистовое возбуждение» каждый понимает по-своему. Чем, например, крайний вариант неистового возбуждения отличается от выраженной дисфории? По-видимому, только отмечающейся амнезией, так как сила психомоторного возбуждения с брутальностью, разрушительными действиями, нападениями на окружающих больных и медицинский персонал может быть и при дисфории, и при сумеречном помрачении сознания, т.е., квалифицировать состояние как «сумерки» мы сможем по его минованию, констатируя тотальную амнезию, как при иных пароксизмальных нарушениях сознания. Встречается еще так называемое ориентированное сумеречное помрачение сознания. Его отличия выражаются в том, что дезориентировка при этих «сумерках» носит парциальный характер, больные могут узнавать место пребывания, называть окружающих людей. Данному нарушению сознания сопутствуют, как и при других видах «сумерек», злоба, тоска, ярость и, как следствие, разрушительные, агрессивные действия.

Аура сознания при эпилепсии

Аура сознания. Особое нарушение сознания, встречающееся при эпилепсии, непосредственно перед развитием эпилептического припадка. Может проявляться в очень ярких, красивых, цветных галлюцинациях красного, синего или иного яркого цвета. Может выражаться в появлении психосенсорных нарушений, нарушений схемы тела, сенестопатий, иногда возникают внезапно наступающие изменения самосознания, появляются эпизоды «уже виденного» или иные деперсонализационные расстройства. Особенностью этого нарушения сознания является сохранность в памяти пациента всех испытанных им переживаний, он может о них рассказать по миновании этого нарушения и следующего за ним эпилептического пароксизма. Наиболее талантливо ауру сознания описал Ф.М. Достоевский в романе «Идиот», отрывок из которого заслуживает того, чтобы процитировать его в наших главах:

«Он задумался, между прочим, о том, что в эпилептическом состоянии его была одна степень почти пред самым припадком (если только припадок приходил наяву), когда вдруг, среди грусти, душевного мрака, давления, мгновениями как бы воспламенялся его мозг, с необыкновенным порывом напрягались разом все жизненные силы его. Ощущение жизни, самосознания почти удесят�ерялось в эти мгновения, продолжавшиеся как молния. Ум, сердце озарялись необыкновенным светом; все волнения, все сомнения его, все беспокойства как бы умиротворялись разом, разрешались в какое-то высшее спокойствие, полное ясной гармоничной радости и надежды, полное разума и окончательной причины. Но эти моменты, эти проблески были еще только предчувствием той окончательной секунды (никогда не более секунды), с которой начинался самый припадок... Раздумывая об этом мгновении впоследствии, уже в здоровом состоянии, он часто говорил сам себе: что ведь все эти молнии и проблески высшего самоощущения и самосознания, а стало быть и «высшего бытия», не что иное, как болезнь, как нарушение нормального состояния, а если так, то это вовсе не высшее бытие, а, напротив, должно быть причислено к самому низшему. И, однако же, он все-таки дошел, наконец, до чрезвычайно парадоксального вывода: «Что же в том, что это болезнь? — решил он наконец. — Какое до того дело, что это напряжение ненормальное, если самый результат, если минута ощущения, припоминаемая и рассматриваемая уже в здоровом состоянии, оказывается в высшей степени гармонией, красотой, дает неслыханное и негаданное дотоле чувство полноты, меры, примирения и восторженного молитвенного слития с самым высшим синтезом жизни?»... В том же, что это действительно «красота и молитва», что это действительно «высший синтез жизни», в этом он сомневаться не мог, да и сомнений не мог допустить. Ведь не видения же какие-нибудь снились ему в этот момент, как от гашиша, опиума или вина, унижающие рассудок и искажающие душу, ненормальные и несуществующие? Об этом он здраво мог судить по окончании болезненного состояния. Мгновения эти были именно одним только необыкновенным усилением самосознания, — если надо было выразить это состояние одним словом, — самосознания и в то же время самоощущения в высшей степени непосредственного. Если в ту секунду, т.е. в самый последний сознательный момент пред припадком, ему случалось успевать ясно и

сознательно сказать себе: «Да, за этот момент можно отдать всю жизнь!», — то, конечно, этот момент сам по себе и стоил всей жизни... В этот момент, — как говорил он однажды Рогожину в Москве во время их тамошних сходов, — в этот момент мне как-то становится понятно необычайное слово о том, что времени больше не будет...Затем вдруг как бы что-то разверзлось пред ним: необычайный внутренний свет озарил душу. Это мгновение продолжалось, может быть, полсекунды; но он, однако же, ясно и сознательно помнил начало, самый первый звук своего страшного вопля...Затем сознание его угасло мгновенно, и наступил полный мрак».

Особо следует подчеркнуть, оценивая данное описание, феноменологичность, если можно так выразиться, точность и яркость самоописания. Не вызывает никакого сомнения, что Ф.М. Достоевский, как и В.Х. Кандинский, использовал в романе свои собственные переживания и воспоминания. Таким образом, транспонирование и вчувствование психопатолога (каковым в данном случае являлся писатель) в переживания душевнобольного были максимально приближенными, практически зеркально совпадающими с переживаниями самого пациента. В описанной ауре мы констатируем наличие не только проявлений особого рода деперсонализации, но и редко встречающееся изменение ощущения течения времени, описанное позже К. Ясперсом, — переживания остановившегося времени и нарушения осознания будущего («времени больше не будет»). Поскольку различают психосенсорную, аффективную и галлюцинаторную ауру, описанная в «Идиоте» аура может быть диагностирована как сочетающая в себе психосенсорные и аффективные расстройства.

Каждый психиатр должен знать еще о трех пароксизмальных нарушениях сознания, встречающихся чаще при эпилепсии или органических заболеваниях мозга, так как они встречаются в экспертной практике. Называют их по-разному. Одни авторы именуют их сумеречными состояниями сознания с автоматизмами, другие — состояниями амбулаторных автоматизмов, трансами, фугами. Итак, при состоянии амбулаторных автоматизмов отмечаются пароксизмально наступающие многократные повторения неких двигательных актов — вращения вокруг своей оси, приседаний, прыжков, ходьбы, одевания-раздевания, манипулирования с каким-то предметом. Характер бессмысленности отличает эти движения от произвольных двигательных актов нормального человека.

На АСПЭ в 1995 г. была доставлена бабушка 65лет, которая за несколько лет до этого момента потеряла единственного сына. После трагедии у нее довольно быстро прогрессировало сосудистое заболевание мозга, отмечались состояния, о которых муж говорил так: «Бестолковой становишься». Один раз она насыпала своим курам вместо гашеной извести как прикорм негашеную известь, и все куры сдохли. Случай, по поводу которого она была ответчицей, состоял в том, что в 21.30 вечера, будучи в саду-огороде, она внезапно вышла со своего участка, прошла на соседний, зашла в теплицу и начала выдирать кусты помидор и огурцов. Затем порезала каким-то острым предметом полиэтиленовую пленку теплицы, нанося по ней параллельные надрезы. Через какое-то время соседка позвала ее к себе и просила посмотреть, что та наделала. Она просила прощения, недоумевала, как могла этакое сотворить.

Внешне событие выглядит как некая месть соседям по огороду, по сути же своей, на фоне сосудистого органического заболевания мозга у женщины отмечался повторный пароксизм амбулаторного автоматизма. При трансе наблюдается внешне целенаправленное поведение, чаще всего состоящее из длительных перемещений по дому, городу и даже в пределах страны. Больные выглядят внешне упорядоченными, и только внимательный взгляд обнаружит небольшую растерянность, отрешенность и чуть-чуть сонливый облик. В 1978 г. нам рассказывали на занятиях в ЦОЛИУВе об одной женщине-профессоре, археологе.

31 июля она зашла в самолет в Домодедове, улетела в Среднюю Азию, занималась раскопками в археологической партии в течение месяца. Окружающие коллеги замечали некую странность — профессор была несколько отрешенной, молчаливой, необщительной, много спала, иногда на лице появлялось выражение растерянности и недоумения. 31 августа она, выходя на трап самолета в аэропорту г. Москвы, вдруг повернулась к стюардессе и попыталась войти вновь внутрь самолета, но ей было указано на необходимость спускаться вниз. Она начала искренне возмущаться и сообщила, что сегодня 31 июля, ей нужно улетать в Самарканд и она должна проследовать в салон самолета.

Недоразумение выяснилось в медпункте аэропорта: оказалось, что профессор тотально амнезировала целый месяц своей жизни, на протяжении которого занималась профессиональной деятельностью.

Фуга внешне похожа на амбулаторный автоматизм. Отличия заключаются в скорости протекания феномена, быстроте движений, совершаемых больными: они бегут, внезапно уходят из дома, стремятся выбежать из

движущегося транспорта. Состояние длится несколько секунд или минут, внезапно заканчивается, полностью амнезируется.

Ганзеровский синдром

Особым расстройством сознания является истерическое помрачение сознания, ганзеровский синдром, при котором, как пишут большинство авторов, наблюдается не полное помрачение, а лишь сужение сознания. Следовательно, и амнезия чаще всего бывает не тотальная, а фрагментарная. Как правило, «сумерки» наступают внезапно, но обязательно после очень сильной психической травмы, чаще всего носящей личностно значимый характер. Больные не ориентируются в окружающей ситуации, отрешены от действительности, с ними может быть установлен избирательный контакт. Выражение лица и все состояние отличается выразительностью, эмоциональной насыщенностью, экспрессивностью, некоторым налетом легкой театральности. В речи и переживаниях, заполняющих данное помрачение сознания, обязательно проявляется психогенный момент. Мы уже ранее описывали ганзеровский синдром, который имели возможность наблюдать несколько лет назад. В послевоенные годы XX столетия он встречался крайне редко, и случай, описанный нами ранее в профессиональной печати, действительно заслуживал того.

У женщины средних лет после конфликта в школе и смерти любимого племянника остро развилось состояние, манифестировавшее возбуждением, бурными слезами, неупорядоченным поведением, бессонницей. После этого наступило помрачение сознания, при котором на лице застыла маска отрешения и страдания, взгляд был остановившимся, речь очень тихая и только на родном языке. На вопросы окружающих не отвечала и на них не реагировала. Вступала в словесный контакт только со своей младшей сестрой, отвечала ей тихо, роботообразной речью, только на татарском языке. Не понимала, где находится, кто рядом с ней, не могла сообщить, какой сейчас год, месяц и число. Более того, отмечался сдвиг ситуации в прошлое (20 лет назад) в период ее первой любви. Сознание было заполнено психогенными галлюцинациями — яркими и зрительными, в которых она видела умершего племянника. Состояние помраченного сознания длилось 3 сут, выход был критическим — после того, как ее случайно облили томатным соком. Часть переживаний амнезировала. Окружающие события и обстановку, в которой она была в течение этих дней, запомнила полностью.

Случай в этом разделе описан частично, с акцентом внимания только на проявлениях измененного сознания (полностью история болезни будет представлена во второй части книги). Нам осталось рассмотреть еще так называемые исключительные состояния, обычно описываемые в судебной психиатрии. Считаем целесообразным рассказать о них именно сейчас, ибо их стержневое кардинальное проявление — не содержание переживаний, а именно состояние помраченного сознания. К ним обычно относятся: 1) патологический аффект; 2) патологическое опьянение; 3) просоночное состояние; 4) реакция короткого замыкания. Их всех объединяет внезапность начала и конца, состояние кратковременного помрачения сознания, полная амнезия случившегося, агрессивное, brutальное поведение, наполненность сознания психопродуктивными расстройствами — галлюцинациями или острым чувственным бредом. По сути своей все состояния — очень кратковременны, быстротекущие психозы. Врач-психиатр, как правило, знакомится с такими случаями на судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ). В клинике они не встречаются, прочесть о состоянии и поведении таких больных можно исключительно в материалах уголовных дел. Об одном таком состоянии мы можем рассказать на собственном примере.

Нам довелось 3 раза диагностировать патологическое опьянение, причем один раз оно развилось в классическом виде при употреблении небольшой дозы алкоголя. В двух же случаях подэкспертные принимали довольно приличное количество спиртного, но состояние, между тем, имело все признаки именно острого помрачения сознания, хотя и возникшего уже на фоне алкогольного опьянения. Возможно, что его можно диагностировать не как патологическое опьянение, а как сумеречное состояние на фоне алкогольного опьянения или как остро текущий интоксикационный психоз с сумеречным расстройством сознания. Что ж, жизнь, как говорится в одной банальной присказке, вносит свои коррективы. Наша задача сейчас — не определение нозологической принадлежности клинического примера, а понимание сущности помрачения сознания.

Итак, «герой» одного уголовного дела являлся обычным мужчиной средних лет, отменным семьянином, отличался примерным поведением. Назовем его Павлом. Спиртное он употреблял в средних количествах,

алкоголизмом не страдал, прогулы не совершал. Однажды проезжал на своей автомашине по одной из центральных улиц города, являющегося ближайшим соседом Челнов. Его остановили двое парней, проголосовав на обочине, залезли в машину и тут же, пытаясь завладеть ею, начали его бить. Затем, скрутив руки, залили ему в рот два стакана водки, вкус которой отличался неприятным привкусом чего-то постороннего. О количестве водки и привкусе наш подэкспертный еще помнил, что было после этого — нет. Из материалов уголовного дела следует, что, подъехав к одному из перекрестков, автомобиль был остановлен патрульным экипажем милиции. Парни, испугавшись, выскочили из машины и убежали. Нашего героя схватили стражи порядка и перетащили в состоянии опьянения в свой служебный УАЗ. Далее из материалов дела известно, что через несколько минут Павел резко возбудился, стал кричать на милиционеров, упоминая каких-то фашистов, требовал отпустить его. Угрожал им смертью и кричал, что, если его не отпустят, погибнет много людей, которых фашисты перебьют. Возбуждение стало настолько неистовым, что, растерявшись на секунду, милиционеры ослабили удержание, и Павел выскочил из машины и побежал к реке. Это происходило во второй половине октября, было уже довольно холодно. Продолжая кричать про фашистов и звать на помощь, Павел вошел в воду и дошел до глубины, когда вода достигла верхней части груди. Затем он перестал кричать, успокоился и вышел на берег, понуро склонив голову. Спокойно залез в машину и по пути в отделение милиции очень крепко уснул. Вот и весь эпизод.

Обвиняли его в оскорблении представителей власти и попытке избиения милиционеров. Несмотря на большое количество спиртного, которое насильственно ему влили, комиссией данное состояние было расценено как атипичное патологическое опьянение, со всеми признаками острейшего кратковременного психотического эпизода, острого чувственного бреда на фоне быстротекущего помрачения сознания. Наверное, излишне упоминать, что содержание своих переживаний и всего происходящего в период между вливанием водки и выходом из воды на берег реки подэкспертный полностью амнезировал.

При патологическом аффекте мы имеем дело с психогенно развившимся острым, чрезвычайно кратковременным психотическим состоянием, сущность которого — также помрачение сознания, рудиментарные, отрывочные и несколько примитивные иллюзорные и галлюцинаторные переживания, грубый, разрушительный аффект гнева, страха, злобы, аффективный взрыв, развившийся после этапа накопления аффекта, постаффектной тяжелой астении. Состояние встречается редко. Для примера опишем случай, изложенный в «Судебной психиатрии» Н.М. Жариковым, Г.В. Морозовым, Д.Ф. Хритининым (1997 г.).

«Отец обследуемого С. ежедневно приходил домой пьяным, устраивал скандалы. Вдень происшествия он пришел домой поздно в нетрезвом виде, скандалил с матерью, оскорблял ее, бил кулаками по голове. С., лежа за занавеской, напряженно прислушивался, а скандал все разгорался. Отец, схватив со стола сапожный молоток, стал угрожать матери. Она громко закричала, после чего проснулся и заплакал маленький сын обследуемого. Крик сына «подействовал как сирена», вызвал страшный гнев. Вскочив с дивана, С. бросился в комнату родителей, подбежал к отцу, набросился на него с молотком. В глазах потемнело, видел только искаженное лицо ребенка, оно то приближалось, увеличиваясь, то куда-то проваливалось, чувствовал, как его обволакивает туман». Что произошло дальше, не помнит. Очнулся в комнате родителей, ощущая резкую слабость, разбитость, сонливость. Был потрясен, узнав от жены о случившемся. Пытался оказать отцу помощь, но не дождавись врачей, уснул. Из материалов дела известно, что когда жена С. выбежала из-за занавески, она увидела в руках мужа молоток. С. стоял, наклонившись над отцом, лежавшим в луже крови на полу. Он был очень бледен, дрожал всем телом. На вопросы жены не реагировал. «Глаза его были какие-то остекленевшие, остановившиеся», «он смотрел и ничего не видел», продолжал методично наносить отцу удары по голове. Когда жена вырвала молоток из рук С. и громко закричала, назвав его по имени, он как бы пришел в себя и с удивлением посмотрел на окровавленного отца. При этом был растерян, куда-то порывался идти, вдруг замер, остановился как вкопанный. Затем подошел к отцу, нагнулся над ним, тут же как-то боком прислонился к стулу и моментально заснул.

Патологическое просоночное состояние также встречается почти исключительно в судебно-психиатрической практике. В первые годы двадцатого столетия это состояние описывалось под названием «опьянение сном». В 1905 г. Н. Gudden описал «опьянение сном», сопровождавшееся 11 убийствами и 4 тяжкими телесными повреждениями из 18 описанных случаев. Патологическое просоночное состояние — неполное пробуждение после глубокого сна с неравномерным переходом от сна к бодрствованию. Структуры мозга, обеспечивающие простые двигательные функции, уже проснулись, а сознание и все высшие функции мозга находятся в состоянии сонного торможения. Освободившаяся от торможения моторная сфера делает человека способным к

агрессивно-защитным действиям, а продолжающиеся сновидения, будучи яркими, образными, устрашающими, вызывают поведение, когда лучшей формой защиты бывает нападение. В сборнике работ № 14 «Практика СПЭ» за 1970 г. приводится случай просоночного состояния, при котором испытуемый в день совершения правонарушений был астенизирован, испытывал сильную головную боль, у него болели зубы, настроение было сниженным. Далее события развивались следующим образом: «...он дома поужинал и вскоре уснул. Проснулся среди ночи от какого-то толчка, «тряски», увидел перед глазами красные круги и неясные белые фигуры, которые принял за грабителей. В голове ощущал какой-то шум; в это время испытывал сильный страх. Когда соскочил с кровати, то продолжал видеть эти же фигуры. С целью самозащиты схватил ружье и выстрелил. Затем ножом нанес несколько ударов, после чего еще дважды ударил топором в то место, где виделись фигуры. Затем выбежал во двор, где долго сидел на дровах. Когда «пришел в себя» и увидел пятна крови на майке, то подумал, что, по-видимому, что-то произошло; быстро вошел в комнату, где увидел на кровати растерзанное тело жены. Тут же возникла мысль, что, возможно, это все совершили «грабители», но, увидев на полу ружье, нож и топор и вспомнив такой же случай с матерью, понял, что все это «неладное» совершил сам. Испугавшись случившегося, плакал, обнимал труп жены, а затем, боясь ответственности, решил спрятать его в лесу».

Нарушения в двигательной сфере. Кататонические расстройства. Нарушения влечений

В течение последних десятилетий эти нарушения встречаются значительно реже, чем 100 или 200 лет назад. Так называемую люцидную кататонию (чистый, без помрачения сознания ступор) мы сейчас почти не встречаем. Одно из самых замечательных описаний кататонического расстройства читаем во «Введении в психиатрическую клинику» Э. Крепелина (2004 г.).

«24-летняя девушка, которую ввезли сюда на постели, находится в полусидячем положении. Глаза у нее закрыты, руки приподняты до уровня головы, пальцы изогнуты, как когти, рот широко открыт.... Если взять руку больной, то ощущается, как все мускулы крайне напряжены; каждая попытка как-нибудь изменить странное положение тела ведет за собой сильное сопротивление. При попытке поднять веки больная крепко их сжимает, глазное яблоко при этом уходит кверху. При отклонении верхней части туловища назад слегка вытянутые и перекрещенные ноги сохраняют свое положение, поднимаясь от своей прежней точки опоры...Мы видим, как вслед за этим больная совершенно самостоятельно вытягивается и долгое время делает в такт туловищем движения покачивания, которые также внезапно прекращаются. К этому я хочу добавить, что больная большею частью неопрытна в постели и вот уже несколько недель не принимает пищи, и ее кормят через зонд. Данное состояние характеризуется прежде всего полной отчужденностью от всякого внешнего воздействия, отсутствием всякого самостоятельного волевого стремления, за исключением упорного сопротивления. Так как больную ни угрозами, ни болевыми раздражениями нельзя вывести из принятого ею положения, то мы должны признать, что ее поведение не обуславливается ни определенными соображениями, ни страхом. Сопротивление, распространившееся на все волевые проявления, является здесь импульсивным, неосмысленным, без понятного основания и благодаря этому называется «негативистическим» [43].

Мы процитировали этот обширный отрывок, чтобы почувствовать первозданный аромат психиатрической классики. В наиболее полном виде эти нарушения объединяет кататонический синдром. Итак, рассмотрим последовательно отдельные симптомы и проявления двигательных нарушений, большая часть которых и составляет кататонический синдром.

Проявляется этот синдром в двух вариантах - ступоре и возбуждении. Ступор - обездвиженность, акинез. Больные неподвижны, подолгу стоят или лежат, не меняя позы, молчат (отсутствие речи называется мутизмом), самостоятельно не едят, зачастую не оправляются самостоятельно или оправляются под себя. Сопротивляются попыткам одеть, накормить, умыть. При осмотре отмечается повышенный тонус мышц, нередко сопровождаемый сохранением искусственно приданного положения конечностей и туловища. Такое расстройство называется восковой гибкостью, которая появляется сначала в мышцах шеи, опускаясь сверху вниз, до ног.

Мы заходим в палату и видим молодую девушку, лежащую на спине. Она заметно отличается от остальных тем, что ее голова как бы парит несколько отдельно от остального тела, она приподнята и опирается словно на воздух, а если говорить словами психиатрии XIX века, — на воздушную подушку. Этот симптом так и называется — симптом воздушной подушки. Если мы подойдем к ней, поднимем ее руку, она послушно подчинится, и рука девушки застынет на несколько минут в воздухе. Здесь обнаруживается не только восковая гибкость, но и так называемая пассивная подчиняемость. Более часто у таких больных мы сталкиваемся с нарушением прямо противоположного плана — немотивированным противодействием любым действиям, просьбам и требованиям собеседника. Оно называется негативизмом. Очень важно, чтобы начинающий врач не путал негативизм с противодействием, при котором имеется какая-либо болезненная причина или мотив.

Если сидящий напротив нас средних лет мужчина отказывается протянуть руку, смотрит на нас крайне враждебно и вскользь бросает фразу об убийцах в белых халатах, можно уверенно утверждать, что это не негативизм, а противодействие, обусловленное бредом. Если молодая женщина резко сопротивляется постановке внутривенной инъекции, прислушивается к чему-то, а затем отдергивает руку, выбегает из процедурного кабинета и забивается в угол холла, можно также уверенно предполагать, что мы имеем дело с противодействием, обусловленным императивными галлюцинациями. Негативизм не преподносит нам мотива, не расшифровывает причины антагонистического поведения. Он, в отличие от вышеприведенных примеров, более непонятен, более загадочен, более необъясним.

Мы делаем обход, подсаживаемся на постели к давнему жителю отделения. Он тут же отодвигается к стене. Мы подаем руку, он отдергивает свою. Мы задаем вопрос, пациент крепко сжимает губы и молчит. Мы подаем ему стакан чая или сока, он отворачивается. При кататоническом мутизме одним из симптомов негативизма является симптом Сегла, при котором губы, которые могут слегка шевелиться, и выражение лица больного как бы свидетельствуют о его желании ответить, но он не отвечает. Отдельные авторы вместе с пассивным негативизмом описывают парадоксальный негативизм — совершение противоположных действий или поступков вместо предлагаемых.

Мы просим поднять руку, а пациент ее опускает. Мы предлагаем надеть пижаму, а он ее снимает. Врач просит больного снять пижаму, чтобы измерить артериальное давление, больной же плотнее запахивает полы пижамы.

Нарушения влечений

В отделениях крупных психиатрических лечебниц для хронических больных несколько десятков лет назад можно было встретить десятки больных, находящихся в специфических, однотипных позах - в эмбриональной позе с поджатыми к животу ногами, прижатыми к груди руками, пальцами, сжатыми в кулак, головой, притянутой к груди; в позе нахохлившегося воробья, сидя на корточках, некоторые натягивали на голову одеяло или покрывало, открыв лицо, что напоминало надетый капюшон (симптом капюшона). У некоторых больных губы вытягиваются вперед, что носит название симптома хоботка. Автору довелось видеть такое отделение в крупной областной психиатрической больнице.

В огромной палате, метров на пятьдесят, сидели на корточках, лежали на боку в эмбриональных позах, лежали на спине с натянутым на голову одеялом, стояли на полу, с поднятой, как у семафора, рукой около 50 больных. Пол — голый бетон, ни одной кровати, коврика или половика. Бетонный пол и десятки страшных в своей болезни людей.

Сегодня, возможно, таких отделений и палат больше не существует, как не встречается уже массовое число таких больных. Несомненно, углубление кататонического синдрома происходило не без участия и сопровождения госпитализма в его наихудшем варианте. В 1907 г. К. Вестфалем, а в 1928 г. О. Бумке было описано проявление кататонического ступора, которое назвали симптомом Вест- фалья-Бумке. Этот синдром проявляется в кататонической неподвижности зрачков, которые периодически могут расширяться на несколько секунд, часов, дней. При этом они не реагируют на свет, аккомодацию и конвергенцию. Их неподвижность то возникает, то вновь исчезает. Вестфаль при этом дополнительно отмечал изменение формы зрачков и ригидность мышц тела. Если сопоставить состояния ступора в их последовательности от более легких к наиболее тяжелым, то ступор с восковой гибкостью, которую называют иногда каталепсией, относительно

неглубокий. Повышение мышечного тонуса незначительно, мутизм не всегда полный. Если врач обратится к больному тихо, шепотом, то иногда можно получить ответ, что называется симптомом И.П. Павлова. Ночью, когда больной засыпает, проявления ступора смягчаются, обездвиженность во сне исчезает или слабеет. Следующий по тяжести ступор называется негативистическим ступором. Во время него отмечается сочетание полного акинеза (обездвиженности), мутизма и резко проявляющегося пассивного негативизма. В таком состоянии пациенты могут пребывать неделями и месяцами. И наконец, при ступоре с оцепенением тонус мышц резко повышен, особенно напряжены мышцы-сгибатели конечностей. Именно поэтому больные принимают эмбриональную позу. Такой вид ступора - наиболее глубокий и длителен. Он характерен для тяжелой юношеской кататонической шизофрении. Вновь повторимся, что одно из проявлений патоморфоза шизофрении — резкое уменьшение количества таких больных. В нашем стационаре за последние пятнадцать лет не было ни одного подобного больного. Состояние, противоположное ступору, — кататоническое возбуждение, отдельные компоненты которого изредка встречаются у больных и сейчас. Кататоническое возбуждение, которое мы наблюдаем у нашей двадцатилетней пациентки, представляет собой, на первый взгляд, хаотический набор симптомов. Настолько лавинообразно и неупорядоченно, несообразно ни с чем следуют друг за другом и сочетаются друг с другом тяжелейшие психические нарушения, что кажется, будто вся психиатрия, сливаясь вместе в одном юном теле и душе, демонстрирует нам божье проклятие, коим нередко именовали психическое заболевание. Движения внезапны, импульсивны, в то же время зачастую повторяются, что свидетельствует о важнейшем кататоническом симптоме — стереотипиях.

Наша юная больная однообразно размахивает руками, похлопывает себя по коленкам, затем начинает повторять движения окружающих врачей, протягивая свою правую руку многократно, при этом не в сторону собеседника, а в пространство. Доктор присел на кровать, она тут же приседает, причем также на краешек кровати. Он встает, и она поднимается, а затем вновь начинает похлопывать себя. Начинаящий врач-психиатр должен уметь отличить стереотипные движения при кататоническом синдроме и стереотипные движения при подкорковых поражениях мозга, что является гиперкинезами, или насильственными движениями.

Молодой психиатр представил нам больного с трясущейся головой, вращающимися руками, кривым подергиванием губ, с вопросом, не ошиблись ли ранее врачи-психиатры, установив диагноз шизофрении этому пациенту. Мы пригласили больного в «школу молодого психиатра». То, что поведал нам этот человек, повергло в ужас не только выдавших виды врачей-экспертов, но и совсем молодых медиков, одна из которых выбежала из кабинета в слезах. Он рассказал нам о двух обычаях, бытовавших в Советской армии в середине 70-х гг., когда он «отбывал» положенные два года. Первый обычай назывался «надеть панаму». Молодому боию надевали на голову панаму и били доской по голове. Если он продолжал стоять, били снова. Переставали бить, когда он падал или терял сознание. Второй обычай назывался «поставить трафарет». Его били кулаками по лицу или ногами и руками по груди и животу. Если сразу попадали кулаком в нос — это было хорошо, так как кровь (трафарет) появлялась на лице тут же. Если не попадали сразу в нос, били до тех пор по груди или животу, пока изо рта или носа не текла кровь. После таких «обычаев» он вскоре попал в госпиталь, у него начали дергаться шея и голова. В госпитале ему поставили диагноз невроза и комиссовали. Мы решили, что у него уже тогда с помощью «панамы» разбили подкорку, следствием чего и явились гиперкинезы. Никакого отношения к кататоническим расстройствам эти движения не имели.

Эхопраксия

Повторение движений и поступков окружающих лиц именуется **эхопраксией**. Если же вместе или порознь пациентка повторяет слова и фразы окружающих, это уже будет эхолалия. Речь крайне непоследовательная. Временами бессвязная, состоит из стереотипно повторяемых слов или слогов (вербигерация). Мы спрашиваем ее, на что жалуется, не болит ли голова. Она отвечает нам, что сегодня Новый год. Мы задаем ей вопрос о матери, когда она навещала больную, а девушка говорит: «Чай не сладкий». Это носит название миморечи, мимоговорения. Очень характерно, что мимика больной не соответствует ни настроению, ни поступкам пациентки. При словах, что чай не сладкий, она улыбается совершенно неадекватной, роботообразной улыбкой. Вдруг начинает напевать детскую веселую песенку про Чебурашку, а на глазах появляются слезы, на лице — гримаса горя. Это свидетельствует о наличии парамимии. Настроение и аффективное состояние разнообразное и неустойчивое. Могут быть экстаз и патетическое возбуждение, манерные позы и ярость, злость, а возможны

полная безучастность и безразличие, доходящие до уровня дефектной апатии. Сейчас уместно вспомнить, что Клези в 1922 г. описал особое психическое нарушение — манерность, под которой он понимал искусственность, утрированность манер, жестов, мимики, речи. Необычные манеры лишены значения и смысла. Истерическая манерность ближе к театральности, кокетству, аффектации, содержит элементы игры. При шизофрении манерность эмоционально выхолощена, стереотипна, вычурна, сопровождается витиеватыми высказываниями и речью. Учитывая, что в психиатрии, как и в жизни, никогда не встречаются изолированные симптомы, единое, «объемлющее» всегда обволакивает изучаемые явления, и задача психиатра - не только увидеть зерно ореха, его вылущить, но и не уничтожить вылучиванием единый образ реального настоящего. Нам редко удавалось видеть чистое кататоническое возбуждение, но одну пациентку с элементами растерянно-патетического возбуждения мы несколько лет назад не только наблюдали, но и записали на видео. Включив видеоманитофон, мы видим запись и слышим речь, интонации, движения, сопровождающие манерно-вычурную речь.

Вот она входит в кабинет и тут же заявляет: «Пять на пять — я опять, двадцать пять, шестьсот двадцать пять», — при этом кисти рук совершают вычурные движения, подобные грузинскому танцу. Губы вытягиваются хоботком. На предложение врача подойти поближе, она, подняв руку вверх, с псевдокапризными интонациями заявляет: «Нужно встать перед женщиной, я уже мадам. А не какая-нибудь б...вообще так, расклад такой, пятьдесят на пятьдесят, муж платит, желание мое, захочу — живу на даче, здесь только одна женщина и один мужчина». Как видно, речь разорванная, она постоянно сопровождается манерной, вычурной жестикуляцией и мимикой. При этом мимика и жестикуляция ни на что не похожи. Они настолько необычны, что могут напоминать врачу плохую игру актеров в японском театре «Кабуки». Она разводит руки, как крылья мельницы, стоя, скрещивает ноги, приседает. Садится. Всккивает, крутится. Затем начинает совершать плавнообразные танцевальные движения. Мимика при этом абсолютно не соответствует ситуации. То беспечная улыбка, то манерная капризность, то растерянность и удивление — выражение лица меняется, как картинки в калейдоскопе. Пациентка садится вновь на стул и говорит, сопровождая слова вычурными движениями обеих рук: «Мужчина — это гм, а женщина — это гм, он — это он, а она — это она, усики нужно сбрить, а волосы помыть, дайте мне концертный рояль, я сопрано, отцвели уж давно хризантемы в саду»... Правая рука больной при словах о женщине движется вверх, а при словах о мужчине указывает на пол, пальцы растопырены, каждый совершает червеобразное движение, и кисть напоминает многоголовую змею. При словах о рояле на лице возникает отрешенно-спокойное выражение, затем, когда запекает начало романса, выражение сменяется на грустно-печальное. Через пару секунд раздается смех, сопровождаемый жеманным опусканием головы.

Развернутое растерянно-патетическое возбуждение

Развернутое растерянно-патетическое возбуждение вряд ли мы сможем наблюдать в полной красе, так как современные нейролептики прерывают динамику развития кататонического синдрома. Именно так и случилось у нашей героини. Спустя несколько дней после описанной сцены не только патетики, но и элементов кататонии не осталось и следа. В завершении сей темы необходимо, с позиции психопатологии Ясперса, оценить эти нарушения. Конечно же, большая их часть в двигательной сфере относится к объективным нарушениям психической жизни. Психиатр может объективно, своими органами чувств, фиксировать вычурные позы, напряжение мышц, восковую гибкость, симптомы хоботка и воздушной подушки. Пожалуй, из всех нарушений психики именно нарушения двигательной сферы наиболее точно можно объективизировать, в том числе, как в нашем случае, снять на пленку.

Расстройства влечений — такие нарушения, которые на пленку не снимешь. Они — внутренние переживания человека, они «выходят» в мир уже в виде финала, результата, и в качестве финала их, конечно, тоже можно зафиксировать, но отказ от еды, кража, «охота к перемене мест», садистские или мазохистские действия могут происходить от самых разных причин, и без проникновения во внутренний мир человека невозможно правильно оценить суть этих нарушений. Итак, влечение — это сильная склонность к чему-либо или кому-либо. В руководстве по общей психопатологии Г.В. Морозов и Н.Г. Шумский под влечением понимают «независимое от сознания субъективное переживание потребности, стимулирующее деятельность человека и придающее ей направленность». Особенно важны для психиатра импульсивные влечения - такие стремления и побуждения, которые появляются внезапно, независимо от сознания, подавляют все иные побуждения и стремления и подчиняют себе все поступки и все поведение человека. Чаще всего такие стремления реализуются без какой-

либо борьбы или сопротивления, воспринимаясь больным как нечто чуждое, болезненное, т.е. мы можем констатировать, что в определенной степени сохраняется критическое отношение к этим стремлениям и действиям. Последнее скрыто от непосредственного восприятия психиатра. Мы, наблюдая за поступками пациента, за реализацией его импульсивного влечения, не можем только по клиническим проявлениям этой реализации знать, как относится больной к совершаемому им, не можем знать, пытался ли хоть в какой-то степени этот человек противостоять своему пагубному влечению, была ли в этом конкретном случае борьба мотивов. Зачем же

нам это знать? Некоторые из импульсивных влечений, особенно в сексуальной сфере, могут носить не просто опасный характер, а заканчиваться тяжелейшими криминальными действиями, вплоть до убийства. Такие действия становятся предметом экспертного исследования, и вот тут-то особо важно понять эксперту, осознавал ли человек пагубность своего влечения, понимал ли последствия реализации своих стремлений. Узнать это мы можем только из рассказа самого человека, его показаний следователю или на исповеди священнику. Но можно ли доверять безоговорочно тому, что сам о себе рассказывает человек, совершивший тягчайшее преступление? На этот вопрос не существует однозначного ответа. Как правило, совершив действие, больной после реализации импульсивного влечения испытывает душевное облегчение, успокоение, иногда — слабость и упадок сил. Импульсивные влечения довольно ярко описаны в литературе, в том числе и художественной. Одно из редких и давно известных — пиромания. Пиромания - импульсивное стремление к поджогам. Существует различное отношение пироманов к содеянному. Некоторые, совершив поджог, наблюдают издали за горящим домом, сараем, помойкой, стогом сена, кучей макулатуры, свалкой использованной авторезины. Другие не только не успокаиваются с момента начала пожара, но, наоборот, становятся крайне деятельными, у них поднимается настроение, вплоть до экстаза, они энергично участвуют в тушении пожара, обсуждают это экстраординарное событие с зеваками. Самое важное для психиатра — уметь отличать пироманию от целенаправленного поджога. Давайте вспомним для примера похождения свиты булгаковского Воланда.

«...Бегемот поджег сначала квартиру 50 бис, затем кондитерский прилавок и напоследок писательский ресторан, по прозванию «Грибоедов», а заодно и помещение редакции. М. Булгаков мастерски описывает не просто факты совершения поджога, а мотивы и причины. Это не были похождения веселящихся пироманов, а следующие один за другим акты возмездия «той силы, что вечно хочет зла и вечно совершает благо»: «Тогда огонь! — вскричал Азazelло. — Огонь, с которого все началось и которым мы все заканчиваем. — Огонь! — страшно прокричала Маргарита... Азazelло сунул руку с когтями в печку, вытащил дымящуюся головню и поджег скатерть на столе. — Гори, гори, прежняя жизнь! — Гори, страдание! — кричала Маргарита».

Мы понимаем, что герои М. Булгакова вовсе не пироманы. А как же поступает пироман? Его цель ни устранение прежней жизни, ни месть кому-либо, ни решение конкретной задачи с помощью огня. Для него целью огня является сам огонь, само действие. Точно также обстоит дело и с kleптоманией — импульсивным влечением к воровству. Кражи лишены какого-либо смысла или корыстных целей. Мы должны помнить, что цели при криминальном воровстве могут быть не чисто корыстными, т.е. не только приобретением материальных ценностей. Вернее, ценности могут быть опосредованными.

Однажды на «телефон доверия» позвонила испуганная мать двенадцатилетнего мальчишки. Он воровал из дома шоколадки, которые, в свою очередь, украл на шоколадной фабрике его отец. Он воровал их, чтобы затем раздать дворовым ребятам. Таким способом он поднимал свой личный авторитет среди дворовой компании. И, конечно же, это — не kleптомания.

Клептомания и дромомания

Клептомания — очень редкое психическое расстройство. Нам довелось только один раз консультировать такую пациентку.

Ей было уже довольно много лет, пожалуй, за пятьдесят. Эпизоды воровства повторялись у нее пару раз в год. В определенной степени она могла их предчувствовать нарастающей тревогой, беспокойством и снижением настроения. У нее обнаруживалось органическое заболевание головного мозга после перенесенной в юности кори, осложненной тяжелым энцефалитом. В очередной раз она совершила две совершенно бесцельные кражи

в автомагазине и аптеке. Зайдя в магазин, она прямо с прилавка сгрэбла кучку блестящих болтиков различного размера и пару подшипников. У нее никогда не было ни автомашины, ни даже велосипеда. Выйдя из магазина, она выбросила их в урну, стоящую возле входа в магазин. Продавец в магазине был один. Не стал ее догонять, вытащил из урны похищенное и вернулся в магазин. Но наша героиня тут же забрела в ближайшую аптеку и с обратной стороны стеклянной витрины вытащила упаковку импортных презервативов. У нее уже давно наступил климакс, ей не грозили ни беременность, ни сифилис, ибо она жила в одиночестве. Ее поймали сразу по выходе из аптеки. Она никак не могла объяснить следователю, зачем ей понадобились импортные изделия с фотографией обнаженной девицы при ее целомудренном образе жизни.

Несколько сложнее обстоит дело с дромоманией. Помните А.С. Пушкина: «Им овладело беспокойство, охота к перемене мест — весьма мучительное свойство, не многих добровольный крест». В этих строчках почти все соответствует сущности дромомании. И беспокойство, и охота к перемене мест, и мучительное свойство. Не отвечает определению импульсивных влечений только последняя строчка — добровольный крест. Импульсивное влечение и его реализация не могут относиться к феноменам, определяемым термином «добровольность». Мы говорим о подчиненности сознания и поведения человека внезапно возникшему влечению, о неодолимости побуждений. Дромоманы — это не «идейные бродяги», не цыгане, кочующие всю жизнь по странам и континентам. К ним вовсе не подходит и строчка из песни: «Бродяга, судьбу проклиная, тащился с сумой на плечах», ибо это есть социальное явление, каковое мы наблюдаем сегодня в лице сотен современных бомжей. Дромоман — больной, у которого внезапно появляется влечение к путешествию. Он может совершенно благополучно жить в семье, квартире, городе, родном селе. И вдруг, будто налетевшим порывом ветра, его уносит с места: «И уносит меня, и уносит меня в далекую снежную даль»...

Недавно консультировали одного юношу 16 лет.

Неплохо учится, живет во вполне благополучной семье. Примерно один-два раза в месяц, иногда реже, уходит из дома, всегда без предупреждения. Бродит по городу, ездит на трамвае, ночует в чужих подъездах, на чердаках, в подвалах, рядом с дурно пахнущими настоящими бомжами. Через два-три дня возвращается домой. Ни разу не мог объяснить родителям причины своих походов. На все вопросы отвечает молчанием. Опустит голову вниз и молчит. Также точно отвечал и на наши вопросы. Произнес за всю беседу только одно слово, могущее пролить свет на свое поведение: «Тянет что-то».

Патологические изменения влечения к пище

Такие эпизоды, конечно же, необходимо отличать от амбулаторных автоматизмов, от нарушений сознания. Отличить довольно просто. Все, что совершал мальчик во время своих путешествий, он отлично помнит и воспроизводит. Он не может сообщить только одно — почему он это делал, зачем уходил из дома. Во время первых двух таких походов родители с ума сходили, поднимали на ноги все соответствующие службы города. Начиная с третьего раза покорно ожидают «возвращение блудного сына» домой.

В психиатрической клинике врачи нередко встречаются с патологическими изменениями влечения к пище. Об анорексии мы уже говорили раньше. **Булимия** (обжорство) чаще встречается в качестве симптома органического заболевания мозга или как следствие нервной анорексии (именно нервной, не психотической). В клинике мы нередко, особенно в прошлые годы, встречались с извращениями влечения к пище. Больные начинают поедать либо совершенно несъедобные предметы, либо продукты жизнедеятельности человека или животных. Так, например, пациент поедает листья домашних растений, другой употребляет в пищу бумагу, грызет дерево и деревянные изделия. У больных шизофренией, находящихся в стадии процессуального дефекта, нередко можно обнаружить влечение к поеданию фекалий, земли, питью мочи. А вот случай, как-будто бы специально приготовленный для нас к этой теме.

Однажды по первой программе TV показали сюжет, в котором довольно пожилая женщина якобы в течение трех последних лет ест только песок. Оператор показал какую-то гору песка, аналогичную которой съела эта женщина. Таким образом, она якобы лечилась и вылечилась от какого-то тяжелого заболевания.

Мы уже понимаем, что, если эта женщина целенаправленно поедала песок с намерением вылечить себя от рака или иного тяжелого недуга, — это не импульсивное влечение к поеданию несъедобных предметов, а пример иного, осознанного произвольного пищевого поведения.

Половые извращения (перверсии, парафилии). Ретифизм.

Трансвеститский фетишизм

Большую, отдельную группу нарушений влечений (в том числе и импульсивных) составляют половые извращения (перверсии, парафилии). Данная патология многократно и многостранично описана в специальной литературе, начиная от Р. Краффт-Эбинга и кончая последними монографиями А.А. Ткаченко (Сексуальные извращения — парафилии. — Москва, 1999). Парафилии изучали и изучают с различных точек зрения — психиатрической, психологической, судебнопсихиатрической, литературно-эстетической и т.д. Необходимо отметить, что в художественной литературе, особенно в детективах последних лет, эта тема нещадно эксплуатируется, на страницах книг встречаются монстры, почище Чика- тилло, но неизменно ощущается привкус и налет некоего романтизма, своеобразного жонглирования кровавыми сценами насилия над духом и плотью человека. Между тем некоторые парафилии в реальной жизни предстают значительно проще, страшнее и отвратительнее. Мы сознательно не будем рассматривать патогенетические и этиологические аспекты парафилий. Начинаящему врачу для осмысления их клинической картины вполне достаточно будет освоить феноменологическую картину данной патологии, на основе чего каждый сможет самостоятельно углублять свои знания, тем более что массовым тиражом вышло прекрасное классическое руководство Р. Краффт-Эбинга, которое студенты 60-70-х годов XX столетия могли встретить только в областных библиотеках и только на немецком языке с описанием клинических случаев языком старой латыни. От парафилий следует отличать симптом насильственной непреодолимости влечений (Гуревича—Голант—Озерецковского) — приступообразно возникающее непреодолимое влечение (стремление кого-нибудь задушить, выкрикивать нецензурные, ругательные слова, покупать лишние вещи и т.д.). Больные осознают нелепость своих влечений, неправильность поведения, но преодолеть их не могут. Встречается при тяжелых органических заболеваниях головного мозга - хроническом течении эпидемического энцефалита, опухолях и травмах головного мозга. От парафилий следует также отличать псевдопарафилии, когда сексуальные нарушения являются симптомом хронического психического заболевания, например шизофрении.

Итак, согласно МКБ-10, данная группа психических нарушений именуется расстройствами сексуального предпочтения (парафилии). Проще всего изучать эти расстройства, идя вслед классификации.

Фетишизм (F65.0) — нарушение сексуального предпочтения, при котором человек использует неодушевленные предметы для возбуждения или усиления сексуального удовлетворения. Чаще всего данные предметы связаны с противоположным полом или тем полом, который является для пациента сексуально значимым: предметы одежды, чаще нижнего белья, предметы интимного туалета, разного рода парфюмерные и косметические средства, непосредственно связанные с интимной жизнью или интимным туалетом человека. Иногда это могут быть нейтральные предметы, но получающие при конкретной жизненной ситуации особое сексуальное значение.

Так, например, один молодой человек, точно выполняя рекомендации популярной энциклопедии, с первой брачной ночи использовал обычную подушку, которую подкладывал под таз своей партнерши. Вскоре одна подушка сама по себе стала вызывать у него в отсутствие жены сексуальное возбуждение. На протяжении 3 мес. отъезда жены в учебную командировку, почти ежедневно, манипулируя подушкой, он совершал мастурбацию. После возвращения жены из командировки он оказался несостоятельным, так как обстановка случившейся близости исключала использование этой конкретной подушки — скорее всего это был случай транзитного фетишизма.

В судебно-психиатрической практике фетишизм встречается в случаях совершения кражи фетиша.

Ретифизм. Разновидность фетишизма. Название пошло от Ретиф де ля Бретона, писателя Франции, запечатлевшего эротические сцены любования мужчинами ножками и туфельками героинь. Лица, страдающие ретифизмом, стремятся завладеть привлекательной женской обувью.

По одному из таких случаев нами проводилась АСПЭ.

Мужчина сорока с лишним лет, имеющий жену и двоих детей, был пойман с поличным на балконе пятого этажа при совершении кражи выстиранного женского белья. Стоимость похищенного обозначалась символической ценой. Как выяснилось, испытуемый регулярно совершал кражи женского интимного белья. Сначала с веревок во дворах, где оно сушилось. Но так как во дворах сушилось только «приличного» вида белье, оно перестало с какого-то времени его удовлетворять, ибо ему для достижения возбуждения требовалось женское белье со следами ежемесячных женских «праздников». Именно такое белье и фигурировало в уголовном деле, вызывая своим фотографическим изображением недоумение и смех у следственных работников... В одной из школ небольшого городка регулярно совершались кражи женской обуви. Удивление вызывало то обстоятельство, что выбор обуви был необычным для вора. Исчезали не только не новые и не дорогие модели, а, как правило, старые, долго носимые, хозяевами которых оказывались сотрудницы школы и ученицы. Следователи обратили внимание еще на одно странное обстоятельство - все потерпевшие проживали в старых бараках, где отсутствовало водоснабжение, а следовательно, возможность должного гигиенического поведения была, мягко говоря, затруднена. Все объяснилось, когда был пойман с поличным сторож школы, который, согласно его объяснениям, в качестве фетиша использовал женскую обувь с максимально имеющимся запахом пота ног.

Трансвеститский фетишизм (фетишистский трансвестизм) (F65.1). Использование одежды противоположного пола с целью изменения собственного внешнего вида — это еще не фетишизм. Трансвеститский фетишизм — не просто использование предметов туалета или одежды противоположного пола, а преобразование собственного облика с целью придания ему качеств представителя противоположного пола.

Один молодой человек в ранней юности забирался в девичью раздевалку, снимал с вешалок трико, школьные платья, колготки, прижимал эти предметы к себе и онанировал. К концу школьных лет он попробовал на несколько минут надевать девичью одежду и однажды был застигнут за этим занятием, что вызвало необыкновенный скандал. В это время, когда на него особенно сильно кричала учительница по физкультуре, он испытал сильный оргазм и эякулировал. Устроившись работать на завод, он один-два раза в месяц «случайно» забредал в женские раздевалки, душевые, переодевался в женскую одежду и мастурбировал. У него был в жизни период сожительства с гражданской женой. Сначала она с большим недоумением воспринимала его «капризы», затем привыкла и полагала чудачеством его стремление надеть на себя перед интимной близостью ее лифчик, ночную рубашку и большие пушистые тапочки.

Очень близко к фетишизму, но отличающееся от него, примыкает нарушение сексуального влечения, именуемое парциализм. Человек удовлетворяет свои сексуальные потребности, видя или взглядывая на определенные части тела полового партнера — ногу или ягодицы, живот или бедро. В отличие от парциализма, при фетишизме не требуется наличие или присутствие партнера, его место занимает фетиш, символизирующий гениталии.

Эксгибиционизм и Вуайеризм

Эксгибиционизм (F65.2). Стремление к внезапному, неожиданному обнажению своих половых органов перед лицом противоположного пола, чаще в каких-либо общественных местах, с целью достижения полового возбуждения и получения сексуального удовлетворения. Необходимо отличать от часто возникающих сцен публичного обнажения половых органов сильно пьяными людьми при отправлении физиологических потребностей. Эксгибиционисты нередко бывают умственно отсталыми людьми.

В окнах медицинского училища, где обучаются в подавляющем большинстве девушки, несколько раз показывался парень со спущенными штанами, выставивший напоказ свое мужское достоинство. В классе поднимался крик, смех, визг. Парень с довольной физиономией соскакивал с окна и совершал под окнами училища публичный онанистический акт. Его пытались привлечь к уголовной ответственности за хулиганство, он был признан невменяемым вследствие выраженной дебильности.

Как правило, эксгибиционизм не сочетается с половым насилием. Чаще встречается у мужчин. Дифференцировать эксгибиционизм у женщин с распущенным или хулиганским поведением бывает очень сложно, ибо без личного рассказа об испытанном половом удовлетворении это сделать почти невозможно.

Девушка с имбецильностью, деревенская «дурочка Маша», идя по улице, встречая парня или мужчину, внезапно распахивала свой грязный халатик и выставляла напоказ свои прелести. Парни или мужчины шарахались в сторону, а она начинала хохотать.

Что это? Психиатру нужно стремиться осторожно наклеивать диагностические ярлыки. Скорее всего, больная с имбецильностью демонстрировала социально-педагогическую запущенность, сочетающуюся с умственной отсталостью. Еще более осторожными необходимо быть в случаях якобы вуайеризма.

Вуайеризм (F65.3). Внезапно возникающее или постоянное стремление подглядывать, подсматривать за людьми, совершающими половые акты, за одеванием, раздеванием или пребыванием в обнаженном состоянии лиц противоположного пола. Как правило, этот поступок заканчивается половым возбуждением и совершением мастурбационного акта. Почему мы оговорились об осторожности? В подростковом возрасте, в период юношеской гиперсексуальности, стремление подглядывать за лицами противоположного пола есть составная часть нормального полового созревания. Мальчишки, подглядывающие за женщинами, моющимися в бане, засматривающиеся в дырочки в общественных туалетах, душевых раздевалках и бассейнах на раздевающихся, одевающихся девочек и девушек, — это будущие мужчины, и они неминуемо должны пройти период полового любопытства и сексуальной любознательности при своем взрослении. То же самое относится к частым случаям, когда взрослеющие братья заглядывают под одеяло своих ровесниц сестер, залезают на кухне на табуретки и заглядывают в оконце ванной комнаты на процесс мытья под душем сестры, ее подружек или даже собственной матери. Вуайеризм встречается, наверное, заметно реже, чем принято думать. Многие случаи могут расцениваться как псевдовуайеризм, как продолжение практики просмотра порнографических фильмов или картинок.

Однажды на «телефон доверия» обратился молодой мужчина с вопросом, здоров ли он. Время от времени наряду с регулярной интимной жизнью с женой он просматривал с целью усиления собственной мужской силы порнографические кассеты. После очередного шедевра, содержанием которого были многократные половые акты между героями, совершаемые «на природе», на капоте автомобиля и внутри кабины, он решил посмотреть, как же это происходит в жизни. Он отправился в известное в городе место отдыха — набережную городского пруда, на которой в ночное время скапливалось немало автомашин для проведения отдыха на свежем воздухе. В некоторых таких машинах происходили свидания мужчин с представительницами древней профессии. Заметив в ночной темноте иномарку с включенным в салоне светом, он подошел к машине и через стекло отсмотрел в реальном исполнении то, что за несколько часов до этого видел в порнофильме. Несмотря на использование партнерами довольно нетрадиционных и рискованных позиций интимной близости, реальность оказала на зрителя парадоксальное гнетущее действие. Не возникло не только возбуждения, а более того, ему было, как он утверждал, весьма противно наблюдать это зрелище, так как он невольно заметил отталкивающие детали происходящего. У мужчины был большой живот, кривые, волосатые ноги, а у «девочки» на голених виднелись варикозные узлы. Когда сквозь скрип амортизаторов он услышал хлюпающие звуки фрикций под аккомпанемент притворных стонов, у него появилась тошнота, и его вырвало в прибрежные кусты. Последнее обстоятельство его настолько сильно испугало, что он отважился позвонить врачу.

Конечно же, это приключение никакого отношения к вуайеризму не имеет, а является дурным экспериментом, поставленным самим пострадавшим. Дважды в практике АСПЭ мы встречались с настоящим вуайеризмом.

В первом случае средних лет мужчина, ранее судимый, был задержан при следующих обстоятельствах. Он заходил в детскую музыкальную школу, расположенную в районе лесопосадки, проходил по первому этажу к туалету, дожидаясь, когда в туалет заходит девочка, и спустя минуту резким движением открывал дверь, обрывая шпингалет. Девочки начинали кричать, а он убежал из школы. При рассказе о случившемся (привлекали его по статье «хулиганство») он сообщал, что испытывал при быстром оглядывании сидящей на унитазе девочки сильное половое возбуждение. Во втором случае мы встретились с сочетанием вуайеризма с особым вариантом садизма, описанным у Краффт-Эбинга, — так называемым «пачканьем женщин». Мужчина, работавший на большом заводе, заходил в одну из кабинок туалета, в которой заранее были просверлены две дырочки. Через одну из них он в момент, когда женщина, находящаяся в соседней кабинке туалета, поднимала подол юбки или платья, обрызгивал ее с помощью шприца соляной кислотой. При этом через вторую дырочку он прицеливался, стараясь попасть на капроновые чулки или колготы. Он испытывал «грандиозное возбуждение» именно в тот момент, когда видел расплзающиеся под действием кислоты чулки и слышал крик женщины.

Педофилия

Педофилия (F65.4). Постоянное или преобладающее предпочтение и использование в качестве сексуального партнера или в качестве стимулятора сексуальной активности детей или половозрелого субъекта, имеющего физические данные, равнозначные детским. Нередко встречается у отчимов, реже — у биологических отцов. Нередко среди педофилов регистрируются лица, ранее судимые за насильственные действия сексуального характера. Педофилия, как и садизм, неоднократно описывалась в художественной литературе. Вновь повторимся, что романтическая любовь Гумберта к Лолите, описанная гениальным В. Набоковым, далека от реальной жизни педофилов, во всяком случае в практике АСПЭ встречаются совсем иные человекообразные существа.

В одном из последних детективов П. Дашковой «Вечная ночь» врач-психиатр, изучающий психопатологию педофила, довольно талантливо и реалистично описывает педофила, депутата Государственной думы, торговца детским порно и психически больного, убивающего девочек, в развратных телах которых находятся ангелы. Он выпускает ангелов на волю, убивая испорченные, извращенные девичьи тела.

Несколько раз мы сталкивались с педофилией в практике АСПЭ; один раз на «телефон доверия» обратилась «законный представитель» так называемого потерпевшего.

Лет десять назад на АСПЭ был доставлен пожилой мужчина, проведенный в местах, не столь отдаленных, более тридцати лет своей жизни. Он был страшно неряшлив. Волосы, слипшиеся в один комок, грязное затасканное пальто. Возле одной из городских школ он поджидал девчушек, возвращавшихся домой, протягивал им конфетки, а затем предлагал поглядеть на диковинные карты с порнографическими картинками. Одна из девчушек рассказала матери о случившемся. Следующим вечером в кустах засел ОМОН, педофил был арестован. Он ничего не совершил, его привлекали за попытку педофилического акта, хотя, строго говоря, и попытки-то не было. Но при беседе он сообщил, что действительно ранее имел интимные отношения с девочками от 12 до 16 лет.

Из литературы известно, что правонарушители, совершившие сексуальные злоупотребления с детьми, делятся [Groth, 1979] на фиксированных и регрессивных правонарушителей. К первой группе относятся педофилы с задержанным психосексуальным развитием, предпочитающие в качестве половых партнеров детей. Они способны к половым отношениям со взрослыми, но предпочитают детей. Вторую группу составляют, как правило, вполне заботливые родители, которые прибегают к сексуальным отношениям со своими детьми в стрессовой ситуации. Трудно оценить, насколько это правильно, но в наших наблюдениях мы сталкивались только с первой группой. 72 % детей - жертв сексуального насилия - составляют девочки. В 41 % устанавливается факт incesta. В 88 % случаев имели место генитальные контакты (данные New England Medical Center — Boston).

В уголовном деле фигурировал мужчина, которого убила собственная дочь. Он совершал с ней педофильные акты с 9-летнего возраста. Сначала это были развратные действия. С 12 лет — половые акты в обычной форме. Девочка молчала несколько лет, боясь угрозы убийством. В 14 лет рассказала все матери. Мать также приказала ей молчать (за что она перестала уважать мать). В 16 лет у нее появился парень, и она отказала отцу в дальнейших интимных отношениях. Когда девушке исполнилось 18 лет, отец, будучи пьяным, вновь начал приставать к ней, и она в аффекте убила его, нанеся 17 ножевых ранений в область сердца.

Педофилия, по данным различных авторов, значительно реже встречается у женщин.

Об одном из таких случаев нам поведала по «телефону доверия» мать мальчика 14 лет. Это был ребенок, выросший в семье «новых русских», у которых был коттедж, три автомобиля, загородная дача, прибыльная фирма. Единственное, чего не хватало им до «полного счастья» — настоящей гувернантки. Спрос рождает предложение, вскоре и появилась гувернантка со знанием трех языков и двумя высшими образованиями. В числе прочих рекомендаций была и такая, на первый взгляд, внушающая доверие, — она была «не опасна в качестве конкурентки для жен новых русских». Для жен — действительно была не опасна. Она, как выяснилось позже, «обучала любви» маленьких мальчиков. В течение двух лет (с 12 до 14 лет) она завоевывала душу и тело любимого сына своих хозяев. Была поймана с поличным отцом своего воспитанника, который неожиданно вернулся из заграничной поездки и застал сына в компании с гувернанткой в ванной комнате, где они под струями теплой воды изучали очередную главу из «Камасутры». Отец пришел в неопишемый гнев, тотчас

выгнал гувернантку, но сын начал чахнуть, ибо полюбил свою учительницу всей силой первой подростковой любви. Позже хозяйка выяснила, что и в предыдущей семье эта особа обучала тому же искусству малолетнего воспитанника, но прежние хозяева щедро поблагодарили ее за неформальную педагогическую систему. Они полагали, как и дворяне дореволюционной России, что с помощью гувернантки решили ряд проблем подросткового кризиса своего сына.

Садомазохизм. Гербиллинг

Садомазохизм (F65.5) — такое предпочтение сексуальной активности, при которой сексуальное удовлетворение наступает при причинении физической боли или психических страданий, унижения партнеру. Если партнер причиняет боль другому лицу для достижения оргазма — это садизм. В обратном случае он является реципиентом и называется мазохистом. Наиболее часто и значительно более подробно данная парафилия описана в беллетристике. Собственно, само название происходит от имени маркиза Де Сада, описавшего в художественной манере случаи парафильного поведения с причинением партнеру боли. Одно из редких описаний садизма, в клинической картине которого фигурировал синдром *gerbilling*, встречается в романе Марка Фишера «Психиатр».

Гербиллинг — использование тушканчиков для получения сексуального удовлетворения пассивными гомосексуалистами — был видоизменен извращенцами, которые после предварительного изнасилования героини романа, через стеклянную трубку, диаметром 7—8 см, запустили в прямую кишку жертвы крысу. Мучения женщины, ректальную слизистую оболочку которой покусывала крыса, вызывали у нескольких мужчин удовольствие.

Мы наблюдали редкий случай осуществления садистических действий по отношению к близким родственникам. Этот случай был опубликован в материалах конференции в Ростове-на-Дону «Серийные убийства и социальная агрессия» (2001). С небольшими купюрами приведем здесь этот случай.

Наследственность подэкспертного была отягощена алкоголизмом отца. Отмечалась выраженная социально-педагогическая запущенность. В 13 лет он совершает первое убийство кошки, затем 1-2 раза в месяц. В 15 лет убивает собаку. Первый половой акт в 12 лет «не получился»: «Она разделась, а я ее просто избил, получил моральное удовлетворение от ее состояния». В 16 лет убивает свою бабушку. После ссоры появилась мысль взять топор и ударить ее по голове. Ярко представил себе, как ее голова развалится на части, «как трухлявый пень». Подумав, что топором будет много крови, убил несколькими ударами молотка по голове. Был признан вменяемым, осужден на 4 года. Освобожден за «примерное поведение» через два с половиной года. В течение двух последующих лет пять раз осуществлял демонстративные суицидальные попытки. В апреле 1996 г. в состоянии алкогольного опьянения утопил домашнюю собаку в ванной, отрезал ей голову, содрал шкуру, сложил кишки в банку, нарезал кусками мясо. Сестре подбросил половой член собаки, матери - язык собаки. Глаза собаки долго жарил в присутствии матери на сковородке, затем в приемном покое психоневрологического диспансера играл этими глазами, как шариками. Испытывал явное удовольствие от реакции персонала на эту игру. В течение двух недель обследовался в ПН Д. Диагностирована мозаичная психопатия (истеро-эпилептоидная) с явлениями формирующегося садизма. Сообщено в органы внутренних дел о необходимости особого контроля за данной неблагополучной семьей. В июне 1996 г. убил сестру. После ссоры в состоянии легкого алкогольного опьянения (судя по его показаниям) несколько раз подвешивал сестру к турнику, подтягивал, вызывая удушье раз за разом. Испытывал ощущение «полета и легкости», когда сестра начинала агонировать и «дергаться». Не смог перерезать голову ножом, мешал позвоночник. Двумя ударами топора отрубил голову, так как ему не понравился вид мертвого лица. Гулял по городу с головой сестры в сумке. Предлагал незнакомым людям угадать, что лежит в сумке, был очень удовлетворен реакцией женщины и ее догадкой. Хотел показать голову сестры родителям школьного друга, «чтобы они увидели», как они в нем ошибались. При беседе с экспертами обнаруживал ясное сознание, уверенность в ответах на все вопросы, большое желание смаковать и подробно излагать обстоятельства убийства. Лицо озарялось улыбкой, когда эксперты обнаруживали удивление или недоумение по поводу причин содеянного. Пытался объяснять, что убивал, «так как не чувствовал к себе внимания со стороны своих близких». Отрицал сексуальные мотивы содеянного, но неоднократно повторял, что при удушении и виде синюшного лица сестры испытывал «подъем, легкость, ощущение полета». Заявлял, что по отбытии наказания, лет через пятнадцать обязательно кого-нибудь

убьет. Констатирована полная сохранность памяти и интеллекта, по направленности и объему несколько примитивного. Вся беседа была записана на видеоманитофон, анализировались малейшие нюансы эмоциональных реакций испытуемого. Было отмечено, что он мог осознать фактический характер своих действий, их общественную опасность и мог руководить своими действиями. Учитывая чудовищность и необычность совершенного преступления, была назначена стационарная экспертиза, подтвердившая результаты АСПЭ.

Особенностью данного случая явилось не столько сочетание садизма с аномалией личности (психопатией истеро-эпилептоидного склада), сколько выбор в качестве жертв самых близких людей — бабушки, сестры, а также домашней собаки.

Бертранизм

Бертранизм (некросадизм). От имени Бертрана — французского сержанта, ставшего героем скандального судебного процесса, обвинявшегося в глумлении над трупами. Встречается у служителей моргов, специально устраивающихся на эту невеселую работу, для них характерна особая жестокость в обращении с трупами, которые часто обезображиваются, расчленяются на части.

То же самое отмечалось у Чикатилло в числе многих иных парафилий. Вырезал у трупов убитых им детей и женщин молочные железы, части лица, внутренние и наружные половые органы, затем варил их в котелке и поедал. У Чикатилло диагностировались: педофилия, фетишизм, садизм, некрофилия и некро-

садизм, людоедство. Со случаями мазохизма нам встречаться не пришлось. Только однажды при консилиумном разборе одного юноши мы заподозрили мазохизм, обнаружив на животе множественные небольшой глубины следы от колюще-режущих ранений. Пациент не мог объяснить причинение самому себе ножевых ранений. Никаких признаков эндогенного психического заболевания не выявлялось. О своей интимной жизни сообщал очень неохотно и скупно, явно что-то скрывая. Как одно из проявлений мазохизма описывается питье, обнюхивание мочи (уролагния). Подобные действия с иными жидкостями (купание, мытье, питье, обливание и т.д.), в том числе и с мочой, называются еще синдромом Эллиса (1910).

В сборную группу других расстройств сексуального предпочтения (F65.8) входят самые различные случаи парафилий, встречающихся реже. Между прочим, это отнюдь не очевидно. Так, например, в МКБ-10 в данную группу включается такое расстройство, как зоофилия, хотя это, пожалуй, было самым часто описываемым девиантным сексуальным предпочтением в древности. Множественные памятники древней литературы включали описания сексуальных отношений между человеком и животными, начиная с «Золотого осла» Апулея и «О природе вещей» Лукреция и заканчивая библейскими сказаниями и легендами. Современные случаи зоофилии случаются не с пастухами и не среди полей зеленых, а в респектабельных особняках со скучающими от безделья молоденькими женами некоторых денежных магнатов.

Как-то раз по «телефону доверия» позвонила дама с нелепым, на первый взгляд, вопросом: не смогли бы мы порекомендовать опытного дрессировщика собак? Она, мол, купила щенка дога и хотела бы вышколить его по всем правилам искусства. На наше предложение обратиться по объявлениям в клубы собаководства дама уклонилась от дальнейшего обсуждения на собачью тему и вдруг начала рассказывать историю, случившуюся с ее подругой. Мол, подруга, вернувшись недавно с Лазурного Берега, поделилась с нею невиданным удовольствием, которое испытала та при орально-сексуальных отношениях со специально обученным догом. Теперь звонившая дама тоже решила заполучить во что бы то ни стало дрессированного специфическим образом кобеля. На вопрос врача, а зачем ей это нужно, собеседница с жеманными и капризными интонациями сообщила, что изнывает от скуки и безделья, и ей хотелось бы поразвлечься.

Р. Краффт-Эбинг в 1896 г. описал особый вид данной парафилии — эротическую зоофилию, при которой больные испытывают наслаждение при рассматривании животных, обращении с животными. При этом как таковое стремление к половому акту отсутствует. Проявляется при верховой езде, дрессировке, уходе за животными — мытье, чистке, просто рассматривании животных [42].

Некрофилия и парафилия

Относительно редко встречается чистая некрофилия. Лишь один раз довелось беседовать с некрофилом, позвонившим по «телефону доверия».

Он долго рассказывал, как раскапывает свежие могилы, каким образом совершает с телами умерших женщин сексуальные действия, как пытался устроиться работать в морг, но формалин мешал ему «сосредоточиться на истинном запахе тлена», и он ушел из морга. Он просил помочь избавиться от своей «страсти», так как предчувствовал, что рано или поздно начнет убивать женщин. Мы договорились продолжить телефонный диалог, но неизвестный абонент больше не звонил.

В последние годы все чаще встречается телефонная скатофилия — звонки по телефону незнакомым абонентам с ведением разговоров откровенно сексуальной направленности. При этом неизвестный абонент возбуждается тем больше, чем яростнее его собеседник пытается его образумить, обругать, высказать свое негодование. Женщинам-врачам, дежурившим на «телефоне доверия», довольно часто звонили мужчины и начинали вести разговоры о том, например, какого цвета волосы у собеседницы, размер груди, форма тела, приятно ли ей бывает при том или ином поглаживании, ощупывании, в какой позе ей предпочтительнее проводить свидание с любовником. При этом выказывают глубокие знания, а самое главное, по отзывам врачей, имеют (или специально воссоздают) хриплый, бархатный голос. Непристойные разговоры продолжаются до тех пор, пока собеседник держит телефонную трубку. Есть только один способ избавиться от такого собеседника — сразу обрывать разговор и класть трубку на аппарат.

Довольно широко распространено явление, не расцениваемое «потерпевшими» как парафилия, — фроттеризм. В многолюдном месте, чаще всего в битком набитом людьми автобусе, трамвае, троллейбусе, к девушке сбоку или сзади пристраивается мужчина, начинает сначала задевать ее частями своего тела, а затем тереться определенной и только одной частью тела. Такая сексуальная стимуляция через одежду весьма распространена среди подростков, юношей и девушек как добрачный период сексуального развития, в том числе в виде петтинга. Отличие заключается в том, что в случае парафилии такие действия производятся без согласия и доброй воли партнера, со случайными попутчиками, порой носят импульсивный характер. Положение девушки или женщины в такой ситуации является довольно непростым. Кричать на весь автобус и предавать гласности действия соседа по салону автобуса — неминуемо ставить себя в двойственное положение. И как вообще доказать, что действия таковые были, а вдруг это все показалось?

Парафилия

Известный также с древних времен **пигмалионизм** — половое влечение к статуям. Название данная **парафилия** получила от имени древнего скульптора Пигмалиона, который влюбился в созданную им самим очень красивую женскую статую.

В числе прочих влечений авторами описывается донжуанизм — непреодолимое влечение к женщинам. При первых же сексуальных контактах субъект испытывает не удовлетворение, а отвращение и начинает часто менять партнерш. В женщинах привлекают только физические половые особенности, ни потребности, ни интереса к личностным особенностям партнерши субъект не испытывает. Назван по имени знаменитого и неоднократно описанного в художественных произведениях Дон Жуана Тенорио из Севильи, одной из провинций Испании.

В разделе других расстройств сексуального предпочтения описывается так называемая апотемнофилия - предпочтение к сексуальным отношениям с партнерами, у которых ампутированы конечности (чаще одна или обе ноги).

Много лет назад довелось наблюдать женщину с ампутированными ногами в верхней трети бедра (железнодорожная травма). Она вела формально одинокую жизнь, но время от времени к ней захаживал ее давний кавалер. Появлялся он один-два раза в неделю. Их отношения продолжались много лет. Однажды на вопрос, не боится ли она потерять физически здорового мужчину и не стоит ли узаконить отношения, она с загадочной улыбкой на лице обмолвилась, что не боится измены, так как у него §с ногастыми бабами ничего не получается». Пациентка поведала невероятную, на первый взгляд, историю. Сама она бросилась под поезд в 18 лет из-за «подлой измены» своего первого возлюбленного. Через несколько лет, передвигаясь на своей коляске вечером по парку, она случайно наткнулась и спасла от гибели юношу-суициданта. Тот готовил веревку, чтобы

повеситься, привязывая ее к толстой ветви тополя. Будучи сама жертвой суицида, в представлении людей калекой, она вместо священника исповедала юношу, и тот рассказал ей о своей беде. Он считал себя импотентом, так как при нескольких попытках близости с «опытными» дамами у него ничего не получилось. Он подвергся негласному осмеянию и презрению в своем рабочем общежитии и решил уйти из жизни. Проговорив несколько часов, наша героиня подмерзла и попросила юношу поднять ее на скамейку, а он посадил ее к себе на колени. Вряд ли она подозревала, что этим самым нашелся способ вылечить несчастного. После того как он усадил ее к себе на колени, через пару минут она ощутила физические признаки сильного сексуального возбуждения у юноши. Будучи к тому времени уже зрелой женщиной, она тут же провела рациональную психотерапию, убедительно разъяснив псевдоимпотенту очевидность ошибочности его умозаключений. Впоследствии он называл ее очень ласково: «Мой обрубышек», сажал к себе на колени и у них все заканчивалось всегда замечательным финалом. В конце-концов она полюбила его и попыталась устроить счастье любимого — познакомила с одной из своих одиноких подруг, считая, что такому «видному» мужчине негоже становиться мужем «обрубышка». Но при первой же навязанной ему попытке вступить в интимные отношения с другой женщиной у «кавалера» вновь случилось фиаско. После этого они не повторяли таких экспериментов, договорившись, что будут жить, как сейчас выражаются, гражданским браком.

Что это? Парафилия? По формальным признакам — вроде бы похоже, а по сути — непростое человеческое счастье, связавшее двух несчастных людей. На этом примере молодым врачам нужно учиться отказываться от попыток судить людей. Даже не потому, что «не судите, да не судимы будете». Каждый должен заниматься своим делом. Судья и прокурор — судить, а врач — понимать и помогать. В сфере сексуальной жизни человека столько всякого намешано, столько сложного наворочено, столько мерзкого навязывается сегодня средствами массовой информации молодым людям и даже детям, что впору вспомнить строчки Омара Хайяма: «Будь мягче к людям, хочешь быть мудрей, не делай больно мудростью своей».

Расстройства памяти

Под памятью обычно понимают процесс фиксации (запечатления), хранения и воспроизведения информации. В шестидесятые-семидесятые годы прошлого века очень модной была проблема памяти, широко распространяемая на любые виды живых существ. Тогда производили опыты на червях, которых разрезали на части, а оставшиеся части хранили и воспроизводили генетическую информацию целого червя. Искали и находили участки мозга, ответственные за функцию памяти; мы, студенты, писали доклады в гистологическом кружке о связи памяти с рибосомами и митохондриями. В этой главе будет идти рассказ исключительно о человеческой памяти, под коей разумею психический процесс фиксации (запоминания), хранения (ретенции) и воспроизведения (репродукции) информации. Различают кратковременную и долговременную память, эмоциональную память и ассоциативную, или логическую. По степени включения внимания, что особенно учитывается и используется педагогами, память бывает механической (когда ученики способом многократного повторения стихотворных строк запоминают поэтическое произведение) и произвольной, при которой включается активное внимание. Люди часто жалуются на плохую память, о ней много пишут рекламные проспекты, дарующие волшебные таблетки, капли, снадобья. Эта функция человеческой души — одна из самых понятных и простых для обучения и диагностирования ее патологии. К тому же временное снижение функции памяти почти каждым из нас неоднократно испытано, нам чрезвычайно легко и транспонироваться, и вчувствоваться в переживания пациентов. Расстройства памяти, как и сама память, в довольно большом объеме познаются в качестве объективных нарушений психической деятельности, для чего имеется множество тестов и методик, довольно точно оценивающих продуктивность памяти. В качестве прелюдии к изучению расстройств памяти мы вспомним, что бывает с нашей памятью в разные моменты обыденной жизни. Мы говорим, что наша память ухудшается, когда сильно устаем, долго и напряженно учим какой-либо предмет, готовимся к сложному экзамену. Значит ли это в действительности, что наша память страдает? Конечно же, нет. У нас создается лишь субъективное впечатление об ее снижении. На самом же деле снижается только функция запоминания (фиксации) кратковременной памяти. Что происходит, когда из памяти стираются, почти полностью, неприятные, стыдные для нас события? Память ли сама по себе страдает? Нет, конечно. Это, исходя из теории З. Фрейда, происходит вытеснение из памяти тяжелого психотравмирующего события. А что случается с нашей памятью, когда мы намертво запоминаем свое первое свидание, первые шаги своего ребенка, первый урок и последний

школьный звонок? Почему так прочно хранятся в памяти эти события? Мы задали себе вопросы, на часть которых уже ответили, над частью из них будем размышлять по ходу повествования.

Гипермнезия — болезненное усиление памяти. Обратим внимание на первое слово в этом определении. Это — не блестящая память, не феноменальная память отдельных вундеркиндов, героев телепередачи «Своя игра» или «Что, где, когда». Это — проявление психической патологии, встречающейся, кстати, нечасто. Гипермнезия, так же, как ускорение течения ассоциаций, встречается при гипоманиакальных и реже при маниакальных состояниях. Изредка она определяется на начальном этапе становления бреда.

У замечательного советского психиатра И.Ф. Слуневского в одном из его учебников приведен клинический случай возникновения гипермнезии на фоне малярийного делирия. Девушка дословно наизусть произносила целые страницы и разделы учебного пособия по анатомии человека. Уже после выздоровления она не только не могла совершать ничего похожего, но обнаруживала весьма средние знания по этому предмету. Своеобразным примером гипермнезии является случай, с которым мы познакомились 34 года назад. Доцент консерватории, почти ежегодно страдающий биполярным аффективным расстройством, на этапе гипомании удивлял окружающих не только чудовищной работоспособностью, но еще и тем, что мог наизусть, без помощи нотных текстов, исполнять десятки и сотни сложнейших музыкальных произведений на десятках концертах, даваемых им в эти месяцы ежедневно.

Гипомнезия — болезненное снижение, ослабление памяти. Снова акцентируем свое внимание на том, что гипомнезия в нашем психиатрическом понимании должна означать болезненное нарушение. В обыденной жизни мы часто повторяем всуе, что память стала плохой, все позабыли, не помним телефонов, не можем вовремя поздравить с днем рождения близкого человека или друга. Как правило, все это не имеет отношения к гипомнезии. Часть нашего «беспамятства» — простонежелание помнить. З. Фрейд приводит замечательный пример забывчивости, когда молодая жена спрашивает свою подружку, кто это идет по противоположной стороне улицы, и очень удивляется ответу, что это не кто иной, как ее муж. Он же приводит еще более частый пример с забывчивостью отдачи книг. Считается обычным делом забыть вернуть книгу, это как бы не очень порицаемый обществом проступок. Фрейд убедительно показывает, что за этой якобы забывчивостью стоит нежелание возвращать книги. Каждый взрослый человек не раз ловит себя на том, что многократно «забывает» телефон неуважаемого им человека, несмотря на напоминание, так и не «вспоминает», что нужно позвонить и поздравить с днем рождения строптивного подчиненного или презираемого сослуживца. Настоящую гипомнезию лучше всего изучать на примере стареющих пациентов или страдающих сосудистыми нарушениями мозга собственных родственников. Ежедневно, общаясь с состарившимися родителями, мы обращаем внимание на то, как нередко они не могут вспомнить, зачем только что позвали нас на кухню. Проходит несколько минут, с радостным возгласом отец или мать снова зовут нас и воспроизводят то, что хотели нам поведать минут десять назад. Я знаю одного коллегу, который, зайдя в кабинет к сослуживцам, обращается к одному из них, а затем морщит лоб, потирает его рукой и спрашивает: «А зачем же я зашел к тебе?». Так на ранних стадиях атеросклеротического сосудистого процесса начинает снижаться функция произвольной репродукции. Такое нарушение называется репродукционной гипомнезией. Еще более часто встречается фиксационная гипомнезия. Мы привыкли чаще говорить об амнезии фиксации. Но это, по сути, есть крайняя степень гипомнезии. Понятно, что амнезия при хронически текущем процессе не возникает внезапно. Проходят годы болезни, когда гипомнезия очень медленно и постепенно переходит в амнезию. Вначале же пожилой человек с наличием критики (что очень важно) сам акцентирует свое внимание на фактах затрудненного запоминания нового материала, новых впечатлений, новой информации. Прежде всего это сказывается на более-менее нейтральной информации. Скажем, стареющий врач-инфекционист вынужден почти ежегодно учиться. То он должен сдать зачет по ВИЧ-инфекции, то по новым видам особо опасных инфекций, то по новым правилам санитарно-противоэпидемического режима. И он чувствует, как все более и более трудной становится подготовка к зачету, как все более сложно ему удастся запоминать большие объемы новой информации. Проходит несколько лет и, приближаясь к старости, он же начинает с трудом запоминать новую информацию, более важную, более эмоционально насыщенную. Так, например, он не в состоянии запомнить после однократного представления имя жениха внучки, имени и отчества классного руководителя внука, часы работы продовольственного магазина, где он покупает хлеб и молоко, телефонный номер ближайшей аптеки.

Амнезия

Амнезия — болезненное отсутствие памяти, утрата, исчезновение способности фиксировать, сохранять и воспроизводить ранее полученную информацию. Это наиболее часто встречающееся в психиатрической клинике нарушение памяти. Знание данного нарушения необходимо не только в клинике для проведения необходимого лечения, но и в экспертной практике. Кто хотя бы один день присутствовал на процедуре освидетельствования судебно-психиатрическими экспертами, обратил внимание, что наиболее частый способ самозащиты правонарушителя — ссылка на беспомыслие. В разных учебниках и руководствах даются различные варианты амнезий. Попробуем привести наиболее полный перечень. Итак, несколько видов амнезий различаются по отношению к какой-либо мозговой катастрофе — травме, отравлению, асфиксии, инфекции или заболеванию, сопровождавшемуся нарушением (помрачением) или отсутствием сознания. Проще всего в качестве модели и примера привести случай, связанный с черепно-мозговой травмой. Прямое повреждение мозга приводит к грубому нарушению сознания, вплоть до комы. Вот по отношению к этому важному событию различают следующие виды амнезий.

Антероградная амнезия — отсутствие памяти на период, непосредственно следующий после мозговой катастрофы (потери сознания). Пациент помнит, как ехал за рулем своего автомобиля, в деталях помнит момент столкновения с грузовиком, как вылетел через лобовое стекло и пролетел несколько метров вдоль шоссе. Ничего не помнит из периода времени от удара об асфальт до момента перевода из реанимационной палаты в отделение травматологии. При этом сама по себе посттравматическая кома наблюдалась только несколько часов, а период амнезии длился пятеро суток.

Ретроградная амнезия — потеря памяти на период времени, предшествующий расстройству сознания или болезненному состоянию головного мозга. Длительность этого периода различна — от нескольких секунд и минут до нескольких лет. Имеет крайне важное экспертное значение. Большинство потерпевших в уголовных делах, связанных с физическим насилием, при опросах обнаруживают ретроградную амнезию.

Давайте, коллеги, определим, что интересует сотрудника правоохранительных органов в первую очередь? Кто, как, когда именно, в каком месте и чем наносил удары или совершал иные насильственные действия? А потерпевший все это амнезирует. Кстати, опытные правонарушители прекрасно знают об этом виде амнезии, порой специально наносят последний удар именно по голове, чтобы подвергнутый нападению не помнил все обстоятельства криминального события. Литература и искусство полны примеров ретроградной амнезии. Один из самых ярких — знаменитый герой фильма «Цыган» Бодулай, который амнезировал десяток лет после удара камнем по голове. Необходимо учитывать, что ретроградная амнезия способна к регрессиентности, к постепенному восстановлению утраченной памяти. И это вовсе не чудеса.

В течение почти десяти лет мы наблюдаем в клинической и экспертной практике девушку, подвергнувшуюся групповому изнасилованию четырьмя парнями. Ее душили и посчитали умершей. По независимым от них причинам девушку спасли. После реанимационных мероприятий, купирования тяжелого отека мозга у пострадавшей отсутствовала речь, обнаруживался тетрапарез, отмечались проявления грубого психоорганического синдрома. Когда состояние улучшилось и девушка начала говорить, выявилась ретроградная амнезия не только на период совершения в отношении нее насилия, но и на несколько часов, предшествовавших криминальному эпизоду. Девушка лечилась в нашем стационаре семь месяцев. При проведении первой АСПЭ мы сочли невозможным участие ее в судебно-следственных действиях, она была, говоря языком судопроизводства, процессуально недееспособной. Спустя несколько месяцев частично память начала восстанавливаться, она вспомнила имена пяти молодых людей, которые сначала выпивали вместе с нею, а затем совершили насилие и покушение на убийство. При этом она вспомнила обстоятельства до момента удушения. Парней арестовали, мы провели вторую экспертизу и вынесли заключение, что потерпевшая может давать показания о внешней стороне события обстоятельствах насилия. Интересным было продолжение данной истории, не вписывающееся в обычные клинические рамки. На суде было доказано, что один из пяти опознанных ею парней физически не мог присутствовать не только в момент совершения преступления, но вообще не мог быть в городе в тот день. Тогда суд задался вопросом, а можно ли доверять показаниям потерпевшей как таковой. Была назначена третья АСПЭ.

В ходе проведения собеседования потерпевшая сообщила нам, что с того момента, когда ее изнасиловали, она возненавидела весь мужской пол и поэтому оговорила пятого парня, который, хотя и не насиловал ее, но относился к той же компании.

Мы подтвердили свое предыдущее заключение, так как ее оговор имел не психиатрическое, а сугубо психологическое происхождение. Суду предлагалось, с учетом всех обстоятельств дела, выявить правду.

Конградная амнезия, Антероретроградная, Ретардированная амнезия

Антероретроградная амнезия — сочетание обеих видов амнезий. Обычно забывается что-то, предшествующее травме, что-то — следующее за периодом нарушенного сознания. Но, как правило, какая-то из этих двух видов амнезий превалирует. Та же самая девушка, о которой мы только что вели речь, обнаруживала именно этот вид амнезии, просто с экспертной точки зрения существенной была ретроградная амнезия. В действительности же она потеряла память на несколько часов, предшествующих насилию, и на много дней, следующих после ее удушения. Она до настоящего времени не может вспомнить ни период комы (что естественно), ни несколько дней после выведения из состояния комы и перевода ее в обычное отделение больницы скорой помощи. В данном случае врачи констатируют антероретроградную амнезию. Чем тяжелее черепно-мозговая травма или иное повреждение мозга, тем более вероятно развитие данного вида амнезии.

Конградная амнезия (по некоторым источникам контаградная). Вид амнезии, при котором теряется память только на период непосредственной утраты или иного нарушения сознания. Человек получает удар по голове, теряет сознание на несколько секунд или минут. Если амнезия распространяется именно на данный период, то это и есть конградная амнезия. При типичном сумеречном расстройстве сознания тотальная амнезия строго соответствует периоду времени помрачения сознания, и это будет конградная амнезия. С данным видом амнезии (вернее, заявлением о ее возникновении) связана интересная экспертная история.

Два молодых человека, старшекласника, собрались на «дуэль» в связи с обидами, высказанными друг другу. Они влюбились в одну девушку и при ней упражнялись в красноречии. Договорились не брать с собой оружия и драться на кулаках. Но один взял с собой нож, а другой — металлическую цепь. Во время «дуэли» второй ударил первого цепью по голове, а тот в ответ нанес противнику удар ножом в бедро и попал в бедренную артерию. Из-за опоздания оказания помощи юноша умер от сильного кровотечения. На судебно-психиатрической экспертизе парень утверждал, что не помнит, как наносил удар, так как получил удар цепью по голове и потерял сознание на несколько секунд или минуту. Обследовав молодого человека, не найдя следов ЧМТ, уточнив детали случившегося (удар ножом был нанесен точно в цель, движением руки от себя, параллельно земле), комиссия пришла к выводу, что конградной амнезии быть не могло, как не могло быть и потери сознания, так как даже при кратковременной потере сознания невозможно совершение произвольных, целенаправленных движений,

Здесь симулировалась конградная амнезия, которая могла бы косвенно подтвердить потерю сознания, а следовательно, вменить в вину действие, совершенное при отсутствии сознания, было бы невозможно.

Ретардированная амнезия — один из вариантов конградной амнезии, которая наступает спустя какое-то время после эпизода нарушения сознания или иного болезненного состояния. Имеет также чрезвычайно важное экспертное значение. В судебно-психиатрической практике описаны случаи, когда субъект проводимого экспертного исследования во время первого допроса дает довольно последовательные показания о случившихся событиях, причиной возникновения которых во многом было состояние нарушенного сознания (скажем, особые варианты сумеречного состояния сознания). Спустя пару дней, уже на следующем допросе, этот же человек заявляет о полной амнезии случившегося. Что в первую очередь приходит в голову следователя? Убийца на первом допросе раскрылся, затем получил урок нужного поведения от сокамерников или адвоката и ушел, говоря специализированным сленгом, в «несознанку». На самом же деле, хотя это бывает и редко, следствие имело дело с особым видом амнезии, который закономерно развивается спустя некое время. Экспертиза таких случаев очень трудна, так как зачастую свидетелей нет, а иные, в том числе потерпевшие, — «далече».

Эпохальная и Фиксационная амнезия

Фиксационная амнезия — невозможность запоминания текущих, происходящих событий, сиюминутной, только что полученной информации. Встречается очень часто при многих органических поражениях мозга. Обнаруживается простыми, доступными приемами, производит неизгладимое впечатление своей яркостью и эмпатичностью, так как больные с амнезией фиксации часто производят впечатление жалких, нуждающихся в помощи людей. Глаза зачастую широко раскрыты, больные с беспомощной улыбкой вопрошают: «А что, я не так сказал?» Многие из них осознают свою несостоятельность, так как не могут ответить на очень простые вопросы: «Как зовут твоего врача? Что ты ел сегодня утром? Какое лекарство назначил врач? Что принесла в передаче дочка? Какой номер твоей палаты? Какое сегодня число?» Не зная ответов на все эти простые вопросы, больные или отвечают, что не помнят, или дают заведомо неверные ответы. Что должно насторожить врача? Амнезия фиксации, как мы отметили раньше, - показатель чаще всего какой-то мозговой катастрофы, как правило, недавно перенесенной. Если к вам больного доставляет скорая помощь, подобрав его где-нибудь на улице, в магазине, саду-огороде, отделении милиции, анамнез у него будет собрать сложно, он просто не в состоянии будет что-либо сообщить по сути перенесенной мозговой катастрофы, даже если факты анамнеза жизни частично или более полно сможет сообщить. Вы должны будете по статусу, в модусе «здесь и сейчас» вынести диагностическое суждение. Однако, задавая простые вопросы, не получаете на них должного ответа. Что это? Умственная отсталость, грубый дефект процессуального заболевания, последствия тяжелой черепно-мозговой травмы, текущая инфекция нервной системы, отравление неизвестным ядом, проявления оглушения сознания. Вопросы будут сыпаться на вашу голову, как из рога изобилия. Поскольку речь идет о неотложной помощи, по ее законам и будем действовать. Сначала исключим самые тяжелые повреждения и болезненные состояния. Внешним осмотром довольно быстро установим отсутствие внешних повреждений черепа. Для исключения грубых внутримозговых последствий травмы, типа гематомы, разрушения вещества мозга проведем прежде всего обычное неврологическое обследование, которое может обнаружить очаговую патологию. Как только мы исключим угрожающие жизни состояния, можно передохнуть и начать размышлять в режиме спокойного обдумывания ситуации. Итак, самым впечатляющим психическим нарушением будет амнезия фиксации. Когда она встречается чаще? При корсаковском синдроме, о котором речь впереди. Значит, сначала поищем алкогольные наслоения. У пациента никаких признаков алкоголизма не усматривается. Если перед нами уже зрелый или пожилой человек, задумаемся о возможной сосудистой «катастрофе». Так, перебирая в уме наиболее типичные мозговые потрясения, мы и сможем поставить предварительный диагноз. Уже в следующие дни лечения больного появится возможность собрать полный анамнез, прежде всего объективный, появятся результаты параклинических обследований. В целом же сделаем для себя отметку — фиксационная амнезия в подавляющем большинстве случаев, как и оглушение сознания, — суть важный, серьезный признак тяжелой мозговой патологии.

Эпохальная амнезия. Данный термин появился недавно, встречается лишь в некоторых руководствах. Как правило, этот нечастый вид амнезии возникает в результате шокового воздействия, тяжелейших стрессов, какого-либо катастрофического события, переворачивающего всю привычную жизнь человека, проявляется в тотальной утрате памяти на все события длительных отрезков жизни, длительных периодов прошлого — многие месяцы, годы, десятилетия, а порой и всю предшествующую жизнь человека. При этом остается интактным самосознание и память себя как такой-то личности. (Утрата памяти на собственное «я» есть проявление нарушений самосознания — *autopersonamnesia*, о коей речь впереди.)

Женщина 38 лет провожает на отдых мужа и двоих своих детей, поехавших на неделю к южным берегам. На выезде из двора своего дома маленький горбатый «запорожец» попадает под огромные колеса трактора «К-700», которым управлял пьяный тракторист. Автомобиль «в лепешку», муж и двое детей погибли на месте, матери довелось еще узреть раздавленные головы двоих детей и погибающего в предсмертных судорогах мужа. После нескольких суток психогенного ступора женщина постепенно, в течение нескольких недель возвращается в этот мир, но тотально амнезирует 17 лет своей жизни. Это на один год больше периода ее семейной жизни. Память вычеркнула не только замужество, рождение и воспитание детей, но и даже год знакомства и подготовки к свадьбе с мужем. Душа этой больной, не сумевшая пережить и перестрадать потерю всего самого дорогого в ее жизни, вычеркнула все следы памяти об этих людях. При этом она довольно хорошо помнила детство, учебу в школе, первые три курса института, а затем следует провал.

Эпохальная амнезия отличается от длительной ретроградной не только этиологическим фактором. Восстанавливается память на события прошлой жизни при ретроградной амнезии лечением органического заболевания мозга. Память на события жизни, утраченная после тяжелого стресса, восстанавливается длительным психотерапевтическим лечением (если восстанавливается, впрочем, в том и другом случае).

Аффектогенная амнезия

В последние годы в отдельных передачах «Ищу тебя» рассказывалось о нескольких случаях особого вида беспамятства, которым страдают мужчины разных возрастов в разных частях страны. Они забывают, кто они, где находятся, откуда пришли. Выступая в качестве комментатора, З.И. Кикелидзе сообщил, что в НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского уже собрано несколько десятков аналогичных случаев, и скоро будет сделано официальное сообщение с гипотезой или научным трудом о сущности данного страдания. В наш институт также поступил человек без памяти.

Привозят на скорой помощи мужчину средних лет. Три дня он околачивался на вокзале, со слов милиционера, пытался повеситься на шнурке от собственной куртки. Если бы не попытка суицида, возможно, к нам его и не привезли бы. При поступлении он сообщил, что «очнулся» на мосту возле ГАИ при входе в город со стороны аэропорта; помнит, что родился в г. Октябрьском, что родители были алкоголиками, помнит, как управлял автомашиной, помнит даже несколько цифр сотового телефона. Что самое важное — не помнит, ни кто он, ни где живет, ни кто его близкие или родные. После того как мы получили из милиции его паспортные данные, кое-что прояснилось. Нам сообщили имя мужчины и фамилию, что он был ранее судим за убийство и его дактилоскопия имеется в компьютерной памяти картотеки МВД. Врач предложил ему по буквам вспоминать свое имя, и постепенно он смог объяснить свою роспись, вспомнив имя и фамилию. Но упорно продолжал утверждать, что не знает домашнего адреса, имен жены и сына. При этом на консилиуме вспомнил, что сына зовут Артур и ему примерно 12 лет. Итак, мы предположили, что такие мозаичные выпадения памяти могут быть или конверсионной природы, или симуляцией в преддверии осуждения по какому-либо уголовному делу. Кстати, при упоминании об уголовном деле он очень насторожился, переспросил, о чем идет речь. Успокоился, когда ему сказали, что речь идет об уголовном деле по идентификации его личности. Я высказал предположение, что, возможно, что-то нехорошее случилось с машиной, которой он управлял, и ему придется отвечать не перед государством, а перед каким-либо авторитетом, отвечать, по выражению одного из коллег, «по понятиям». Прояснение наступило через три месяца. За ним приехала из г. Октябрьского жена, забрала его. А еще через три недели нас посетила следователь из Башкирии, сообщившая, что данный «беспамятный» проходит подозреваемым по тяжелому уголовному делу, связанному с изнасилованием. Еще она поведала нам о том, что и ранее, когда его первый раз судили за убийство, у него наступало аналогичное беспамятство.

Ну, что ж, симуляция тоже существует. Кстати недавно прямо в приемный покой пришел подтянутый молодой человек, весьма опрятно одетый, заявил, что «потерял» память, и ему на вокзале подсказали, куда ехать. Поражало полное отсутствие беспомощности, уверенность в действиях и словах. Заподозрив неладное, мы отправили его в УВД, подсказав, как и куда пройти и обратиться для установления личности. Бодрым полувоенным шагом он отправился по указанному адресу, дошел или нет — не знаем.

Аффектогенная амнезия - утрата памяти на события, являющиеся содержанием бурного эмоционального взрыва — аффекта. **Амнезия** — следствие и признак сужения сознания или его помрачения при аффекте. Если мы имеем дело с сужением сознания при патологическом аффекте, то амнезия будет тотальной. В случае так называемого «физиологического аффекта» память будет заметно снижена, но не будет тотально утраченной, точно так же, как сужение сознания не есть его полное помрачение.

«Я помню, как он угрожал, что изнасилует мою жену, что она пойдет по рукам, помню, как выбежал из кафе, вытащил ружье из багажника автомобиля. Что было дальше, не помню, пришел в себя, когда ружье валялось рядом. Он лежал с развороченным от выстрела черепом, везде была кровь», — так описывал событие убийства один из подэкспертных, совершивший деяние в состоянии аффекта.

Женщина средних лет, терпевшая 15 лет мужа-пьяницу и «гуляку», застаёт его в постели с деревенской проституткой. Она помнит, что, не раздеваясь, схватила за волосы голую «мадам», выволокла ее в кухню и

начала бить руками и ногами. Что было потом, амнезирует. Очнулась через два с половиной часа, сидя на табуретке. Из рассказа сына следует, что когда он бросился разнимать женщин, мать, не узнавая его, начала

бить сына по лицу кулаками. Он оттащил ее, любовница отца убежала, успев обуть ноги в короткие валенки, и голой, будучи сильно пьяной, помчалась к себе домой. Вместо дороги побежала по сугробам и, увязнув в одном из них, замерзла. Сын, пытаясь «разбудить мать», не мог ничего добиться, она раскачивалась на стуле, орала, вопила. Драла на себе волосы. Этот припадок продолжался два часа, после чего она «очнулась», умылась холодной водой и пришла в себя.

В этом судебно-психиатрическом экспертном случае аффект перешел в затяжной истерический припадок с выраженным сужением сознания и амнезией почти на весь период аффекта и припадка.

Перфорационная и Мотивированная амнезия

Перфорационная амнезия (палимпсест) — утрата памяти на часть событий, имеющих место быть в состоянии алкогольного опьянения. Легкое или выраженное оглушение, сопутствующее опьянению, вызывает данную амнезию. Ее позволительно сравнить с известным народным образом, когда про память можно сказать так: «Как голландский сыр, вся в дырках и слезах». В рассказах страдающих алкоголизмом пациентов мы как бы прыгаем с кочки на кочку в болотистой местности, то и дело проваливаясь по колено в болото: «Помню, как дал по роже этому хахалю, помню, как пил стакан водки с ним, а как он тащил меня домой, не помню», — повествует один горе-сантехник о своем товарище. — «Он дал попробовать мне спирт, потом вырвал у меня фляжку, потом мы ссорились, а как я его ножом ударил, не помню, это не я, меня оговорили», — сообщает испытуемый на АСПЭ. Это — не симуляция, это, к сожалению, очень частая и обычная ситуация, именуемая палимпсестом. Этот термин означал в древности рукопись, написанную на пергаменте поверх смытого или счищенного ранее текста. Иногда сквозь новый текст люди могли прочесть отдельные фрагменты прежнего. В 1899 г. Ч. Ломб-розо предложил употреблять это название для обозначения стертых надписей в местах заключения. По этим надписям он предлагал изучать психологию заключенных. В 1901 г. К. Бонгеффер предложил использовать этот термин для обозначения симптомов алкоголизма, при которых пациент не может вспомнить отдельные фрагменты, детали, эпизоды, ситуации, случившиеся на фоне алкогольного опьянения. Палимпсест предшествует становлению симптома уже явно выраженного алкоголизма — амнестических форм алкогольного опьянения.

Мотивированная амнезия. Она чем-то напоминает эпохальную, так как забывается, как правило, очень тяжелое, психотравмирующее событие. Конечно, даже молодой психиатр уже знает, что мотивированная амнезия и вытеснение как важное психоаналитическое понятие есть одно и то же. Но в отличие от эпохальной амнезии забывается не предшествующий период жизни, а сам факт стресса, психической травмы. Тяжелая психическая травма нередко связана с сексуальным насилием, но отнюдь не всегда.

Однажды на «телефон доверия» обратилась молодая женщина 29 лет. Она долго не могла выйти замуж, так как все кандидаты ее разочаровывали. Одни были «тупы, как валенки», другие слишком умны. Одни цитировали теорию относительности А. Эйнштейна и вирши О. Мандельштама, другие через слово повторяли призыв: «Давай трахаться!» Одним словом, Грэй под алыми парусами никак не подплывал к ее берегу. Накануне звонка она видела сон, который показался ей очень необычным. Она видела во сне, что поднялась на крышу бани, внутри которой мылся ее отец, и попыталась залезть внутрь трубы, да так в ней и застряла. Невозможность вернуться назад и пролезть вниз в печку вызвала во сне ощущение сильного ужаса, от которого она и проснулась. Услышав про такое сновидение, я попросил ее вспомнить, не было ли у нее в детстве каких-то неприятных переживаний, связанных с отцом. Поразмыслив недолго, она с возгласом удивления стала припоминать, что «ведь действительно» нечто подобное произошло, когда ей было шесть лет. Рано лишившись матери, она воспитывалась до десяти лет отцом. До шести лет он сам мыл ее в бане. Когда ей исполнилось ровно шесть лет, он ей сказал, что она уже большая, что девочки и женщины моются в бане отдельно от мужчин и мальчиков, поэтому он ее больше не пустит в баню, когда сам там моется. Она вспомнила, что в тот день она была очень потрясена такой несправедливостью, бегала вокруг бани и просила отца пустить ее внутрь, но он остался непреклонным. Сон действительно чем-то напоминал реальное событие, которое носило не характер сексуального насилия, а как бы наоборот.

Нам оставалось только подыграть ей чуть-чуть и сказать, что ее подсознание, которое «скушало» память об этом событии детства, вернуло эту память сейчас, чтобы подсказать ей причину неудачных поисков мужа. Она все время хочет найти в жизни (образно в собственной бане) человека, очень похожего на отца. Отсутствие такового внутри своей «жизненной бани», безрезультатность этих поисков и выражались в отказах ее души принять очередного потенциального жениха. Вот так обнаруживается мотивированная амнезия.

Детская и Прогрессирующая амнезия

Детская амнезия встречается в жизни каждого человека на события первых лет жизни (с 2 до 4-5 лет). У отдельных людей можно обнаружить воспоминания о втором, третьем годах жизни. Можно сомневаться в «рассказах» человека, о том, как он выходил из чрева матери, помнит свое появление на свет, но нет никаких оснований сомневаться в сведениях, когда человек сообщает, что помнит лицо склонившейся над ним матери, желающей ему спокойной ночи. Между тем этот человек потерял мать, когда ему было 2 года и 3 мес., т.е. воспоминание соответствует возрасту примерно двух лет. Детская амнезия соседствует с установлением очень прочных детских воспоминаний о событиях детства с 4 лет и далее, которые сохраняются на протяжении всей жизни и исчезают в числе последних при так называемой прогрессирующей амнезии, спутнице старости. О ней и пойдет речь дальше.

Прогрессирующая амнезия — постепенное нарастание амнезии по закону Рибо от более поздних воспоминаний к ранее приобретенным. С этой формой амнезии и с законом Рибо столкнется каждый психиатр обязательно. Если говорить еще более определенно, с ними сталкивается вообще каждый врач и каждый человек в течение своей жизни, если он не анахорет, если живет рядом с родителями и стариками. Все живущие на земле люди, если они доживают до преклонных лет, постепенно сталкиваются с утратой воспоминаний на большую часть своей активной жизни. Это удручает, это — напоминание о грядущем конце, но это неизбежно, как неизбежно окончание самой жизни. Уже после шестидесяти лет мы начинаем отмечать, что часть полученных нами профессиональных знаний постепенно исчезает, мы вынуждены все чаще и чаще обращаться к справочникам. Там мы ищем конкретные сведения, которые еще вчера легко вспоминали при малейшей надобности. Затем начинают таять воспоминания о личной жизни, постепенно уходят в небытие памяти старые друзья, их имена, затем далекие и не очень далекие родственники и, наконец, человек начинает забывать даже имена членов своей собственной семьи. Последними остаются воспоминания о далеком детстве. Пронзительно щемящее чувство вызывает сцена общения родного сына или дочерис престарелым стариком, который не узнает собственного ребенка и называет его именем своего старшего брата или даже отца (т.е. деда этого ребенка).

Следующим важным разделом нарушений памяти являются парамнезии, т.е. качественные искажения памяти, к ним относятся прежде всего псевдореминисценции (ошибки или иллюзии памяти). Считается, что при этих нарушениях человек вспоминает события, имевшие место в его жизни, но относит их к другому периоду жизни. Особый вид псевдореминисценций — **экмнезии**. При этом происходит сдвиг ситуации в прошлое. Давние события переносятся в настоящее время.

Именно такой удивительный случай мы наблюдали, а затем описали его в статье. У женщины с ганзеровским помрачением сознания, психогенными **галлюцинациями** отмечался сдвиг ситуации в прошлое. Она описывала двадцатилетней давности событие как происходящее в момент ее осмотра. Она проживала заново ситуацию, когда ее любимый уехал от нее на мотоцикле с другой девушкой, при этом, будучи в истерически помраченном сознании, она всхлипывала, плакала, бурно комментировала событие на родном языке, не отвечая ни на один вопрос врача.

Этот случай — исключение, ибо чаще всего данное нарушение встречается при корсаковском синдроме, прогрессирующей амнезии и пуэрилизме. Последнее ближе всего стоит к нашему случаю, имея ту же самую истерическую природу.

Криптомнезия. Конфабуляции

Особый вид нарушений памяти, ближе всего примыкающий к ошибкам памяти, описан А. Пиком в 1901 г. под названием редулицирующие парамнезии — удваивание переживаний обыденной жизни. Одно и то же событие переживается больным несколько раз. Пациент утверждает, что уже когда-то лежал в другой, но такой же палате, отделении. Его лечил иной, но такой же врач. Врач был другим, но звали его также. Ложные воспоминания отличаются от де-жа-вю тем, что переживания являются не точно повторяющимися прежние, теми же, но «не совсем» теми же. Встречается при тяжелых органических поражениях мозга — старческом слабоумии, прогрессивном параличе, синдроме Корсакова.

Криптомнезии — искажение памяти. Очень необычное нарушение функции памяти. При этом расстройстве происходит или присвоение воспоминаний или их отчуждение. Человек слышит, читает, смотрит в кинофильме о каких-либо событиях. Затем, через какой-то промежуток времени, он вспоминает об этом событии как пережитом им самим: «Что-то с памятью моей стало, все, что было не со мной — помню», — слова из знаменитой некогда песни как раз сообщают об этом.

Один пациент преклонного возраста посмотрел по телевизору сюжет, в котором майор милиции преследует и арестовывает угонщика автомобилей. Спустя месяц больной сообщает на обходе лечащему врачу, что вспомнил обстоятельства полученной им черепно-мозговой травмы. Затем он почти дословно воспроизводит сюжет просмотренного по телевидению эпизода; в качестве майора милиции он вспоминает самого себя, хотя никакого отношения к этой службе никогда не имел.

У другого пациента одновременно с развитием парафренного бреда отмечался следующий эпизод. Он зашел к врачу в кабинет и начал декламировать: «В белом плаще с кровавым подбоем, шаркающей кавалерийской походкой, ранним утром четырнадцатого числа весеннего месяца нисана я входил в крытую колоннаду дворца Ирода Великого...» Далее следовал более-менее близкий к тексту оригинала «Мастер и Маргарита» М. Булгакова рассказ о событиях двухтысячелетней давности, участником которых был наш пациент, и не просто участником, а Понтием Пилатом.

Что это? По форме — криптомнезия — ассоциированное, болезненно присвоенное воспоминание. По сути своей — что-то среднее между криптомнезией и фантастической конфабуляцией, о которой речь впереди.

Конфабуляции, или ложные воспоминания. Конфабуляции делятся на два типа: замещающие и фантастические. К. Бонгеффер и Е. Режи в 1901 и 1909 гг. предложили различать конфабуляции на фантастические и мнестические. Фантастические возникали при нарушениях сознания и отражали психопродуктивную картину психоза, а мнестические появлялись при первичных нарушениях памяти. В 1949 г. А.В. Снежневский предложил разделять мнестические конфабуляции на экмнестические, при которых ложные воспоминания относятся **больным** в прошлое, и мнемонические, при которых вымышленные события пациент относит к текущему, настоящему времени.

Итак, рассмотрим первый тип ложных воспоминаний, или замещающие конфабуляции. Этот вид психической патологии встречается при органических заболеваниях мозга, обязательно сопрягаясь с фиксационной или прогрессирующей амнезией. Пробелы памяти замещаются ложными воспоминаниями, которые носят, как правило, вполне конкретный характер, включают обыденные события с обязательным участием больного.

Так, например, на вопрос, чем занимался пациент накануне, больной сообщает заведомо ложные сведения о том, что с друзьями в баре ресторана «Дружба» пил пиво с сушеной воблой. Его не смущает, что сушеную воблу вряд ли предложат в баре ресторана, не смущает и то, что из трех поименованных друзей один отбывает срок в местах, отнюдь не отдаленных, второй уже ушел в края, откуда не возвращаются, а третий лежит в инфекционной больнице с острой дизентерией. На сообщенные женой сведения о своих друзьях он с жалкой улыбкой «вспомнил», что это были не Петя, Ваня и Коля, а Сергей, Миша и Вадим. Говорит он это весьма уверенно, хотя уже месяц находится в стационаре психиатрического учреждения.

Кстати, алкогольная тематика встречается нередко, особенно у больных с корсаковским синдромом при тяжелых формах алкогольной патологии.

Другой больной после отравления угарным газом находился в состоянии комы в течение трех дней. После выхода из комы у него обнаруживалась ретроградная амнезия на период месяца, предшествовавшего его пребыванию в гараже в паре с дамой с включенным двигателем и закрытыми воротами. К изумлению своей дочери, которая вместе с пациентом провела этот месяц на отдыхе в деревне у бабушки и дедушки, он сообщал,

что был призван на переподготовку, находился на сборах в Абхазии в составе миротворческих сил, участвовал в боевых действиях и «наверное» там и был контужен. У третьего больного с сосудистым заболеванием головного мозга, на фоне прогрессирующей амнезии имелись замещающие конфабуляции. Он утверждал, что в восьмидесятые годы служил в Афганистане, принимал участие в боевых действиях, был контужен и ранен под Кандагаром, лично познакомился с Громовым, вместе с войсками выходил из Афганистана в 1989 г. Его рассказ изобилует бытовыми и очень конкретными подробностями. Так, например, больной подробно сообщал, какое питание он получал в Афганистане, во что был одет, как выглядело его личное оружие. Нимало не смущало нашего пациента то, что его жена и дочь, «сговорившись», утверждали, будто он в эти годы проживал в своем родном селе, никуда в течение двадцати лет вообще не выезжал, кроме областного центра, да и вообще в армии никогда не служил, был негодным к службе из-за врожденного вывиха бедренного сустава. От сведений, сообщенных женой и дочерью, он отмахивался, как от назойливых мух, посмеивался. Характерным было то, что его рассказы постоянно менялись в деталях, и к концу курса лечения он, по его утверждениям, служил уже не в Афганистане, а на камбузе в подводной лодке на Северном флоте.

Очень яркие конфабуляции у страдающего алкоголизмом представлены в романе Ф.М. Достоевского «Идиот». Вот замечательный диалог:

— Генерал Иволгин, отставной и несчастный. Ваше имя и отчество, смею спросить?

— Лев Николаевич.

— Так, так! Сын моего друга, можно сказать товарища детства, Николая Петровича?

— Моего отца звали Николаем Львовичем.

— Львович, — поправился генерал, но не спеша, а с совершенною уверенностью, как будто он нисколько и не забывал, а только нечаянно оговорился. Он сел и, тоже взяв князя за руку, посадил подле себя. — Я вас на руках носил-с.

— Неужели? — спросил князь. — Мой отец уж двадцать лет как умер.

— Да; двадцать лет; двадцать лет и три месяца. Вместе учились; я прямо в военную...

— Да, и отец был в военной, подпоручиком в Васильевском полку.

— В Беломирском. Перевод в Беломирский состоялся почти накануне смерти. Я тут стоял и благословил его в вечность. Ваша матушка...

— Да и она тоже полгода спустя потом умерла от простуды, — сказал князь.

— Не от простуды. Не от простуды, поверьте старику. Я тут был, я и ее хоронил. С горя по своему князю, а не от простуды. Да-с, памятна мне и княгиня! Молодость! Из-за нее мы с князем, друзья с детства, чуть не стали взаимными убийцами.

Князь начинал слушать с некоторой недоверчивостью...»

Нет необходимости отмечать, что все, что сообщал генерал Иволгин, было плодом его фантазии, вернее результатами конфабуляций у больного алкоголизмом при начинающейся сосудистой деменции.

Далее Ф.М. Достоевский приводит еще один пример конфабуляции, случившейся у генерала Иволгина. Он рассказывает самый отвратительный эпизод из своей жизни — историю о том, как он в окно поезда выбросил болонку, принадлежащую одной капризной даме. Как только он закончил, Настасья Филипповна воскликнула, что точно такая же история была описана в одной из газет шесть лет тому назад. Нимало не смутившись, генерал заметил, что у него эта история произошла раньше и он имеет приоритет.

Фантастические конфабуляции

Фантастические конфабуляции отличаются от замещающих конфабуляций не только и не столько степенью фантастичности самих переживаний, сколько основным психическим расстройством, на фоне которого возникают эти ложные воспоминания. Если замещающие конфабуляции возникают при тяжелых органических

заболеваниях мозга, на фоне и в связи с выраженными нарушениями памяти, то фантастические появляются при конфабуляторной парафрении, где грандиозные по масштабу ложные воспоминания являются дополнением к парафреническому бреду, где бред питается фантастическими ложными конфабуляциями и где очень сложно вычленишь, а что же первично - бред или конфабуляции. Нередко конфабуляторная парафрения может быть этапом развития онейроидного приступа, о чем мы говорили в главе о расстройстве сознания. Если мне позволят провести такое сравнение, то замещающие конфабуляции чем-то напоминают бред малого размаха или обыденных отношений, тогда как фантастические конфабуляции напоминают большие бредовые синдромы, они далеки от обыденности и являются переживаниями большого размаха.

Пациент Сергей заявляет, что месяц назад он встречался с Бен Ладаном, получил от него точные сведения, что город будет взорван в такой-то день, возложив тем самым на себя миссию спасения своего города.

Замечательный пример фантастической конфабуляции приводит П.Ф. Малкин в монографии «Клиника и терапия психических заболеваний с затяжным течением» (1959) в главе о парафрениях:

«...с 1943 г. он связан с организацией «Буря», которой был досрочно освобожден из заключения с условием, что обязан явиться в спецорганизацию по первому требованию, а пока хранить тайну. С «Бурей» связаны и его жена, и главный врач санатория, где жена лечилась. Последний сообщил ему, что у жены при помощи «спецаппаратов» высасывают бактерии и переотправляют на Кавказ, где заражают людей».

В уже цитируемой нами монографии С.Ю. Циркина приводится следующий пример.

«Так, при остром конфабуляторном бреде воображения до определенного момента пациентка не замечает ничего необычного, а затем начинает говорить о том, как накануне была с мужем на концерте, как обезвредила там бомбу, что позволило предотвратить войну. Субъективного чувства припоминания забытого при этом нет. Реально происходившая будничная жизнь при этом не отрицается, но воспоминание о вымышленных событиях более живо и актуально. Это не замещающие конфабуляции, которые заполняют мнестические пробелы, а дополнение реальности бредовыми переживаниями» [69].

Один из замечательных советских психиатров В.М. Блейхер описал два вида бреда при конфабуляторной парафрении. Первый он назвал ретроспективным бредом предвосхищения будущего. Он диагностируется на стадии становления парафренического синдрома, когда у больных параноидной шизофренией выявляется бред, при котором пациент сообщает о том, что несколько лет назад он встретил человека, предсказавшего все, что происходит с ним сейчас, и что произойдет в будущем. Второй вид конфабуляторного бреда Блейхер назвал бредом вечного существования, встречающимся чаще всего при инволюционной парафрении. Переживания больного при этом виде бреда направлены в прошлое.

Расстройства интеллекта. Слабоумие

Традиционно считается, что диагностика нарушений интеллекта — одна из самых простых задач для психиатра. Действительно, диагностика нажитого слабоумия - задача вполне посильная, если имеется соответствующий анамнез, явные проявления деменции, адекватное степени слабоумия неправильное поведение. Важность и сложность правильной диагностики нажитого слабоумия объясняется большими социально-правовыми последствиями, возможностью определения недееспособности больного, в том числе и злоупотреблений этим юридическим феноменом. С пациентами же, «претендующими» на роль умственно отсталых, необходимы максимальная осторожность и взвешенность в выводах, неукоснительное соблюдение принципа презумпции психического здоровья. Если не можешь твердо доказать наличие психического нарушения, не имеешь права объявлять человека психически больным. Десятки искалеченных судеб на совести недобросовестных,

легкомысленных или податливых психиатров, не желающих ссориться или спорить с психолого-педагогической общественностью. Хотя программой максимум для любого педагога должно быть воспитание человека, режим наибольшего благоприятствования для формирования благополучной судьбы ребенка, программой минимум для многих классных руководителей являются отчеты по успеваемости, умение «держат класс», навыки подчинения себе и своему авторитету малолетних граждан. Все, что выходит за рамки обычного, общепринятого, среднего уровня, вызывает у педагога раздражение и желание подчас чуть-чуть подтасовать факты, обратить большее

внимание на трудности в освоении школьной программы у того или иного ученика. Просим прощения за длинное вступление, но без него нельзя преподавать эту тему. Хотелось бы, чтобы у начинающего психиатра сформировалось чувство здорового недоверия, а лучше сказать, необходимость обязательного контроля над выводами психологов-экспертов, проверяющих показатели уровня интеллекта ребенка.

Причины некоторых диагностических ошибок станут более понятными, если мы в предварительном порядке перечислим предпосылки интеллекта, к которым относятся: память, внимание, речь, ясность сознания, степень утомляемости, восприятие, запас знаний и навыков, способность к логическому мышлению, абстрагированию, комбинаторике. По каждому пункту из этих предпосылок можно проследить возможность возникновения клинической ошибки. Снижение памяти после травмы головного мозга может повлечь за собой временное ухудшение успеваемости, симулирующее умственную отсталость. Травматическое поражение мозга имеет особенность к замечательному восстановлению функций мозга. Проходят месяцы, подчас годы, и память, а вместе с нею и интеллект возвращаются на уровень практического здоровья. Внимание нередко страдает при так называемом синдроме дефицита внимания. Это поистине бич первых классов школ. В современной жизни трудно найти здорового ребенка, так же как и трудно найти здоровую женщину. Редкий ребенок появляется без внутриутробной интоксикации, родовой травмы, гипоксии, внутриутробной инфекции и т.д. Как следствие легкая или умеренная родовая травма, в результате чего развивается синдром дефицита внимания - гипердинамический синдром. В течение нескольких лет жизни, особенно в начале школьной жизни, когда от ребенка требуется переход от произвольно-подвижного образа жизни и игры к усидчиво-скованному, регламентировано-размеренному, у него неминуемо будет страдать успеваемость, так как отсутствие должного внимания будет равносильно ситу, через которое неминуемо будет сливаться часть невоспринятой информации. Вот и слышит он через слово объяснение учителя, вот и считает он по принципу: «Два пишем, пять на ум пошло». Речь младшего школьника и, что еще важнее, восприятие речи педагога формируются дома, в семье, при общении с родителями. Если родители алкоголики, бросают ребенку один раз в день по одному слову в пьяном виде, нередко труднопереводимому на литературный язык, будет ли словарный запас такого ребенка похож на словарь маленького Саши Пушкина, который рос на сказках Арины Родионовны? Если родители разговаривают дома исключительно на родном, не государственном языке, легко ли будет ребенку скачком перейти и в речи, и в мышлении на неродной язык? Ясность сознания, как и степень утомляемости, иногда определяется длительно текущими хроническими заболеваниями детского возраста — туберкулезной интоксикацией, бронхиальной астмой, глистной инвазией и т.д. Всегда ли педагог имеет возможность считаться с этими болезнями и вообще знать о них? Запас знаний и навыков — самое большое испытание для правильной диагностики. При прочих равных условиях, будет ли запас знаний и навыков одинаков у детей, живущих в арбатских переулках Москвы или в какой-нибудь деревне Грязнухе? Запас знаний даже у детей одного города может колебаться в зависимости от удаленности от некоторых культурных центров, театров, детских дворцов, спортивно-культурных сооружений. В квартире у Пети имеется отцовская библиотека с двумя тысячами томов, в том числе несколькими сотнями книг детской литературы, а у Васи в доме — только драные обои да разорванные куски газет в туалете. Будут ли изначально одинаковыми возможности получения знаний у Пети и Васи? Из всех перечисленных предпосылок интеллекта только способность к логическому мышлению, абстрагированию и комбинаторике относительно не зависят от образа жизни, если исключить условия воспитания Маугли.

Педагогическая антропология

Педагогическая антропология одной из своих аксиом считает триединство человеческой личности. В каждом из нас имеется нечто общее для всего человеческого рода (применительно к нашей теме - генетические и биологические задатки, дающиеся нам от наших человеческих предков), нечто особенное — этнические, этнографические признаки и, наконец, единичное, частное, уникальное, что определяет неповторимость именно данной личности — Вани, Пети, Маши. При диагностике умственной отсталости психиатр должен в своем выводе синтезировать все три аспекта единства личности. С помощью педагогов и психологов он должен установить врожденные способности, генетические задатки данной личности, а также этнические и этнографические особенности, в нашем конкретном случае — возможность языкового барьера. Сам же врач должен диагностировать то единичное, уникальное, что имеется именно у данного Вани, Пети или Маши. В его жизни случилось

непредвиденное, когда он был еще в утробе матери, мать заболела коревой краснухой, что и отразилось на развитии его умственных способностей в раннем детстве. Особенно сложно бывает в тех случаях, когда в анамнезе нет убедительных сведений о какой-либо экзогенной вредности. Причин для академической неуспеваемости может быть много, и умственная отсталость — всего одна из них и не самая, кстати, частая. Значительно чаще имеет место социально-педагогическая запущенность. Отсутствие одного из двух родителей, наличие алкоголизма у отца или матери, переполненность класса, отсутствие одного или нескольких педагогов-предметников, необходимых учебников, нормального питания, сна, отдыха — вот некоторые условия этой самой социально-педагогической запущенности. Причиной академической неуспеваемости во многих случаях бывает недоявление имеющейся пограничной психической патологии в виде синдрома дефицита внимания или гипердинамического синдрома. Выявить и исключить все эти важнейшие причины — и есть задача психиатра как координатора всех специалистов, которым вверяется судьба ребенка. Проводя обычное клиническое обследование, врач повторяет некоторые из психологических тестов в их сокращенном, тезисном виде. Врач, особенно молодой, считает результаты тестов с их математической обработкой более достоверным инструментом. Вместе с тем одной из основных причин ошибочности постановки диагноза умственной отсталости и является кажущаяся объективность тестов, а также то, что почти все составные части интеллекта и его предпосылки относятся к так называемым «объективным расстройствам душевной жизни», т.е. к тому, что психопатолог может непосредственно оценить, увидеть, воспринять.

В конце 2005 г. на КЭК психоневрологического диспансера была направлена молодая женщина, претендующая на получение водительских прав. В течение многих лет она находилась на динамическом диспансерном наблюдении по поводу умственной отсталости, снята с учета с констатацией социальной компенсации. Она закончила вспомогательную школу, после чего сдала экзамены за курс средней школы, закончила юридический колледж, затем юридический факультет Казанского государственного университета. Конечно, можно поиронизировать по поводу того, что в наше время за деньги можно стать действительным членом Академии наук, что по «блату» можно стать депутатом Госдумы. Но при обследовании признаков олигофрении не обнаружилось, хотя объем знаний и уровень абстрагирования были довольно средненькими.

В 1987—1988 гг. после тщательного обследования в городском диспансере, обслуживающем полумиллионный город, был снят диагноз умственной отсталости более чем у тридцати подростков. Большая часть из них представляла примеры легкомысленного отношения педагогов к языковому барьеру, существующему у детей, недавно переехавших в большой город из пригородных сел, с преподаванием там на родном языке. К 17—18 годам эти дети постепенно осваивали часть недополученных знаний, понимали скрытый смысл русских выражений, метафор, пословиц, обнаруживали способность к абстрагированию, образованию логических цепочек, выработке суждений и умозаключений. Единственно, что не подлежало изменению, — утраченные годы и имидж «школы для дураков». Как такое становится возможным?

Возьмем для примера известные тесты вербальных шкал для детей 6—16 лет. Осведомленность: по этой шкале оценивается запас знаний по истории, географии, другим наукам и предметам. Нужно сказать, что резкое уменьшение доли чтения в общем интеллектуальном развитии ребенка привело к поверхностным знаниям. Один-два десятка лет назад мы удивлялись и почти не верили, что школьники в США или странах Западной Европы не знают многое из того, что знали наши школьники. Сейчас, с переносом в страну многих особенностей западного образа жизни, наши дети почти не читают. Они смотрят телевизор, прилипли к мониторам компьютера, крутят кассеты и диски в плеерах. Они заняты, родители довольны, полагая, что ребенок получает массу нужной информации. Начинаем разбираться и выясняем, что по телевизору или видео смотрят вовсе не то, что повышает уровень общей осведомленности, а игровые, пустые, эмоционально выхолащенные американские мультики, ужастики, триллеры, эротику вплоть до жесткой порнографии. Где уж тут до знаний мировой литературы, бандитом бы не вырос! Арифметический счет — довольно простой и понятный тест, но сколько имеется детей с пониженными способностями к счету и повышенными способностями к гуманитарным наукам — правополушарные дети! Словарный запас: оценивается общий словарный запас, богатство или бедность языка, способность объяснить значение того или иного слова, понятия или, говоря научным языком, формулировки, дефиниции. Совершенно понятно, что этот субтест напрямую зависит, во-первых, от давности начала изучения основного учебного языка; во-вторых, вновь от чтения, его значимости в жизни и занятиях ребенка. Установление сходства — один из лучших субтестов, оно оценивает характер логических суждений, способность ребенка объяснять и понимать суть ассоциаций и взаимоотношений. Понимание — изучение возможности дать ответы на вопросы, оценивающие их общий смысл, социальные суждения, наличие и степень

развития бытовых и общечеловеческих навыков. Числовая память — повторение выборки чисел в прямом и обратном порядке. Все перечисленные выше — вербальные шкалы. Существуют субтесты шкал невербального выполнения. К ним относятся составление фигур, последовательность картинок, кубики Коса, нахождение недостающих деталей, лабиринты и т.д. Казалось бы, невербальные тесты должны минимизировать значение речи, иноязычие в определении уровня интеллекта. Но любой из невербальных тестов, если мы имеем дело со здоровым в сфере слуха и зрения ребенком, обязательно предполагает вводную инструкцию специалиста, которую он должен понять. Всякий ли психолог может искусственно снизить уровень своего профессионального сленга? Как-то раз юморист пошутил относительно употребления слова «отнюдь» Е. Гайдаром как пример непреодолимой дистанции между электоратом и «слишком образованным премьером». Всякий ли профессионал-психолог сознательно опустится и, укрощая свою гордыню, попытается расшифровать свои требования, упростить язык инструкции?

Итак, самая глубокая степень умственной отсталости, говоря другим, синдромом мальным языком, самая глубокая степень врожденного слабоумия называется идиотией. Коэффициент IQ менее 20. У больных с идиотией совершенно не развиты речь и мышление. Реакция на окружающее, т.е. говоря простым языком - обычное детское любопытство, не развита. Вся эмоциональная жизнь, чувства сводятся к инстинктам — удовольствие от принятия пищи, отправления физиологических потребностей. Больные не ходят, многие не могут стоять и сидеть. Некоторые малоподвижны, лежат в постели, иные из них - всю жизнь. Другие могут сидеть, ходить, совершать стереотипные движения, к примеру качания взад-вперед, именуемые яктацией. Многие из них при возбуждении становятся агрессивными, нападают на других больных. Наносят себе повреждения — кусают и грызут ногти и пальцы, вырывают волосы, царапают кожу лица, других частей тела. Вся жизнь больных идиотией протекает на безусловно-рефлекторном уровне. Они не могут ни следить за собой, ни одеваться, ни раздеваться. У некоторых растормаживаются влечения, они становятся грубо и обнаженно сексуальными, мастурбируют, пожирают не только большое количество пищи, но и несъедобные вещи и предметы, вплоть до экскрементов. Жизнь идиотов протекает в стенах специализированных домов-инвалидов для тяжелых психически больных детей. Вот картинка из жизни.

Сидит на полу ребенок лет пяти с огромной арбузообразной головой (гидроцефал), которая держится на тонкой шее и честном слове, превышая размеры остального туловища. Напротив него сидит девочка с микроцефалией (маленькой головкой) и идиотией. Половину ее лица занимает большой рот. Обед. Перед мальчиком — тарелка с супом. Он берет ложку супа и всовывает в огромный рот девочки. Та проглатывает порцию супа, которая с хлопьяющим, затем урчащим звуком проносится в желудок. При этом девочка поперхивается, кашляет, брызжет супом и кусочками картошки в своего кормильца.

Имбецильность и дебильность

Средняя степень умственной отсталости - **имбецильность**, характеризуется коэффициентом IQ со значением от 20 до 50. Речь и мышление отличаются предельной конкретностью, тугоподвижностью. Образование суждений, общих понятий, использование сравнений, символов невозможно. Запас знаний и сведений о жизни ограничивается бытовыми, сугубо повседневными проблемами и вопросами. Имбецилы в соответствии с программами вспомогательных школ необучаемы. В последние годы в ряде городов страны возникли экспериментальные группы и классы, чаще при вспомогательных школах или в виде частных специализированных учебных заведений, где опытные олигофренопедагоги берутся за их обучение. Навыки самообслуживания и самые простые виды труда доступны. Они могут мыть пол, стирать, носить тяжести, убирать мусор, чистить картофель, ухаживать за скотиной. Однако у них отмечаются психопатодобные нарушения, могут быть задержка или раннее развитие сексуального влечения с формированием извращений. В качестве чрезвычайно подчиняемых и пассивных личностей могут быть субъектами, использующимися вменяемыми преступниками при совершении правонарушений, преимущественно хищений личного или общественного имущества. Признаются недееспособными при экспертизе в гражданском процессе и невменяемыми при экспертизе по уголовным делам. Представляем описание психического состояния в одном из актов АСПЭ по определению недееспособности:

«Сознание не помрачено, свое имя и фамилию называет верно, отчество назвать не может, лишь бессмысленно улыбается в ответ на вопрос об отчестве. Текущий год не знает, месяц и дату назвать не может. Время года определяет верно — зима. Ее признаками считает только снег, других назвать не может. Адреса не знает. Свой

возраст определить не в состоянии. Сильно заикается, речь невнятна, выражено дизартрична. Сообщает, что моет пол, помогает нянькам ухаживать за слабыми больными — «лежаками». Левую и правую сторону не дифференцирует. На вопрос, где находится солнце, отвечает, что на небе, луна — тоже на небе. На вопрос, чем отличается луна от солнца, ответить не может. Правильно называет некоторые предметы — ключи, ручка, очки. Но предназначение этих предметов не определяет. Арифметические действия выполнять не может, не читает, не пишет. Движения угловатые, неловкие. Берет в руки часы, тщательно разглядывает, при попытке перевернуть циферблатом к себе роняет из рук. На вопрос, чем отличается мужчина от женщины, заливаясь смехом, сообщает, что у женщины юбка, а у мужика — штаны.

Легкая степень умственной отсталости именуется **дебильностью**. Коэффициент IQ колеблется в диапазоне от 50 до 80. При этом в диапазоне от 70 до 80 подразумевают пограничную умственную отсталость, при которой в подростковом возрасте врачи-психиатры, как правило, диагностируют задержку психического развития. С экспертной точки зрения, дебильность — наиболее важная степень умственной отсталости. Если диагностируется легкая дебильность, лица, совершившие правонарушения, или граждане, проходящие по гражданским делам, признаются, как правило, вменяемыми и дееспособными. Выраженная дебильность предполагает невменяемость и чаще всего недееспособность. Основные клинические критерии дебильности:

- относительная сохранность внимания и механической памяти (встречаются пациенты с дебильностью, способные запоминать большие куски текста наизусть);
- примитивность, конкретность суждений, невысокий уровень отвлечения и обобщения. Изумительный пример конкретности мышления приводит Б.В. Зейгарник в «Патопсихологии».

Пациент при классификации объединил в одну группу яйцо, ложку, нож; в другую — тетрадь, перо, карандаш; в третью — замок, ключ, шкаф; в четвертую — галстук, перчатки, нитки и иголки. При этом он объяснил, что когда пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш. Недавно по телевидению было показано выступление одного из юмористов. Он рассказывал об анекдоте, в котором несколько мужчин никак не могли измерить высоту столба, пытаясь установить его вертикально и залезть для измерения на верхушку. Когда проходящий мимо человек предложил им опустить столб на землю и измерить его, бригадир ответил: «Недоумок, нам нужно знать не длину столба, а высоту!»

Это и есть конкретно-ситуационное мышление;

- малая дифференцировка эмоциональных реакций;
- способность к обучению по программам коррекционных школ или классов; преподаватели массовых школ признают, что объем знаний, получаемых ребенком в коррекционной школе за девять классов, соответствует, примерно, 4—5-м классам общеобразовательной школы;
- возможность овладения целым рядом простых специальностей — плотника, бетонщика, штукатура, маляра, каменщика, плиточника, дворника, грузчика, простыми видами слесарных работ, дорожного рабочего и т.д. В качестве клинического примера приведем выписку из реального акта АСПЭ по определению недееспособности.

Умственная отсталость

Пациент интерната был осмотрен на комиссии АСПЭ, у него обнаружилось следующее психическое состояние: сознание не помрачено, на беседу входит спокойно, с улыбкой на лице. При осмотре предыдущего больного выступает в роли переводчика. Правильно называет себя, свое место жительства, текущий год (2006 г.), месяц и дату. Знает, что сейчас зима, признаки которой видит в наступивших морозах, лежащем на земле снеге, отсутствии листвы на деревьях, зимней одежде людей. Арифметические действия выполняет, но с ошибками: $5 \times 6 = 30$, $7 \times 9 = 93$. Переносный смысл пословиц в некоторых случаях улавливает, в других не может. «Не плюй в колодец, пригодится воды напиться», объясняет так: «Не вредничай, ведь сам же пить будешь». Пословицу «Лес рубят — щепки летят» объясняет так: «Топором рубят деревья». Считает, что солнце от луны отличается тем, что луна — это полумесяц ночью, а солнце — днем. Считает, что женщины отличаются от мужчины полом, внешностью. У женщин «есть груди и они рожают, а у мужчин нет грудей, но есть половое». Сотовый телефон отличается от обычного тем, что его носят в кармане и набирают код, а обычный телефон стоит на столе. Сообщает, что война в Ираке идет с американцами, а в Чечне с бандитами, которые бомбят Россию. Столицей

Республики Татарстан считает г. Казань, России — Москву. Названия столиц США и Украины не знает. Имена президентов Республики Татарстан и Российской Федерации называет верно. Считает, что трансформатор подает на сварочный электрод напряжение в 320 вольт. Трансформатор, по его мнению, нужен, чтобы варить. Маска нужна, чтобы искра не попала в глаз и «зайчики» не портили глаза. Не может объяснить, что такое «зайчики», говорит, что от них болят глаза. Эмоциональные реакции довольно живые. Сообщает, что в интернате помогает носить воду, подметать мусор. Психопродуктивной симптоматики не обнаруживается. Учитывая данные анамнеза, психическое состояние, материалы гражданского дела, комиссия пришла к заключению, что Х. Андрей обнаруживает признаки легкой умственной отсталости, осложненной психопатоподобным синдромом (F70.18 по МКБ-10), что подтверждается анамнестическими сведениями о наследственной отягощенности умственной отсталостью со стороны матери, обучением во вспомогательной школе, сведениями из школьной характеристики, в которой описаны факты психопатоподобного поведения, примеры грубого нарушения поведения, низкой успеваемости. Был отчислен из профессионального училища по причине неуспеваемости и плохого поведения. В психическом состоянии установлена конкретность мышления. Чаще не понимает переносный смысл пословиц и поговорок. Не выявляет главных существенных признаков предметов, явлений, а также различия между понятиями, предназначением предметов, природных явлений. Вместо сущностных характеристик отмечает внешние, поверхностные признаки инструментов профессиональной деятельности и домашнего обихода. В арифметическом счете допускает ошибки. Общая осведомленность снижена. В интернате выполняет только простые виды труда и стремления к усложнению своих трудовых функций не обнаруживает.

Легкую умственную отсталость подчас необходимо дифференцировать от феномена, который был описан П.Б. Ганнушкиным в 1933 г. Он выделял особую группу аномалий личности, поименованную им конституционально-глупыми [14]. В начале XX века А.Е. Ноше описал салонное слабоумие, очень напоминающее проявления, описанные П.Б. Ганнушкиным при выделении группы конституционально-глупых. Феномен заключается в низком интеллектуальном уровне, который маскируется внешне хорошей, но шаблонной речью, усвоенными при воспитании манерами, изысканной одеждой, социальными установками и духовными претензиями. Такие люди заучивают фразеологию, штампованные фразы, цитируют к месту и не к месту классиков и вождей. Эти люди культивировались сталинским режимом, отвергающим самостоятельно мыслящих граждан, поощряющим серость и шаблонность. Они являлись лучшими исполнителями, не подвергающимися малейшему сомнению приказы и распоряжения начальства, они прирожденные «шестерки» в группках братков. Удивительным является то, что конституционально-глупые носители «салонного слабоумия» добиваются в практической жизни подчас значительно больших успехов. Нередки случаи, когда, имея посредственный интеллект, носители глупости не могут решать конкретные задачи производства, не могут конструировать машины, лечить людей, учить детей или студентов, но каким-то непостижимым образом они же проникают в министерства и ведомства, отличаясь личной преданностью и замечательной исполнительностью, карабкаются по служебной лестнице и становятся законодателями моды и составителями многочисленных пустых приказов, указаний, невежественных доктрин и планов.

Виды органической деменции

После изучения врожденного малоумия, нарушений интеллекта, выявляющихся с раннего возраста, мы переходим к изучению синдромов снижения интеллекта, возникающих уже на фоне прежде нормального интеллекта. Но перед этим необходимо рассмотреть основные виды органической деменции. В 1928 г. Г. Штерц выделил три типа деменции.

1. Лакунарная деменция — результат глубоких очаговых поражений головного мозга: последствий кровоизлияний, ишемических инсультов, черепно-мозговой травмы, доброкачественной опухоли. Для этого типа деменции характерно поражение прежде всего предпосылок интеллекта - памяти, внимания, умственной работоспособности. В ходе ее развития снижение интеллектуальных функций происходит неравномерно, проявления болезненного процесса усиливаются и уменьшаются, т.е. мерцают. И что является одним из самых важных проявлений лакунарной деменции — длительное сохранение ядра личности: особенностей характера, привычек, морально-этических черт личности.

2. Глобальная деменция. Этот вид слабоумия проявляется при диффузных поражениях головного мозга. Встречается в клинической картине прогрессивного паралича, старческого слабоумия, атрофических заболеваний головного мозга — болезни Альцгеймера, Пика и др. С самого начала деменции страдают наиболее сложные и важные интеллектуальные функции, а самое главное — стирается, преобразуется и огрубляется ядро личности, возникают грубые нарушения самосознания, рано появляются грубые нарушения этического, нравственного облика личности, с расторможенностью примитивных влечений и инстинктов.
3. Парциальная деменция. При этом виде деменции поражаются отдельные структуры мозга, имеющие отношение к той или иной интеллектуальной деятельности и отдельным сторонам личности. Наблюдается при некоторых формах энцефалитов, с очаговым поражением отдельных структур ствола мозга, подкорковых образований или коры. Аналогией такой деменции может служить пример парциальных припадков (Браве-Джексона), когда при поражении той или иной области коры головного мозга развиваются судороги определенных групп мышц (верхней или нижней конечности, лица и т.д.). В начальных стадиях развития такой деменции синдром может соответствовать церебрально-органическому психосиндрому М. Блейлера или эндокринному психосиндрому М. Блейлера. При первом из них прежде всего расстраивается сфера влечений, настроения и появляются тревога, беспокойство, несдержанность, гипербулия или **апатия**. Возникает при летаргическом энцефалите и других органических заболеваниях головного мозга с локальным поражением ствола или лобных долей. При прогрессировании развивается парциальная деменция. При втором синдроме на фоне грубой патологии эндокринных желез возникают нарушения сферы инстинктов, влечений и настроения с расторможенностью пищевого или полового влечения, перепадами настроения, эмоциональной лабильностью и несдержанностью эмоций.

Психоорганический синдром

Один из наиболее часто встречающихся в клинической практике — психоорганический синдром, являющийся сочетанием симптомов органического поражения головного мозга самыми различными факторами — травмой, нейроинфекцией, сосудистым заболеванием мозга и его опухолью. Структуру этого состояния составляют симптомы триады, именуемой по авторам триадой Вальтера—Бюеля. В нее входят:

- 1) нарушения памяти;
- 2) нарушения мышления и интеллекта и ослабление понимания;
- 3) эмоциональная лабильность, недержание аффекта.

Разные ученые дают различные классификации вариантов этого синдрома, например эйфорический, апатический, эксплозивный, дементный, церебрастенический. Наиболее известна и пользуется авторитетом психиатров классификация, включающая четыре варианта психоорганического синдрома, изложенная в двухтомнике «Руководства по психиатрии» под ред. А.С. Тиганова [66]. Первый вариант психоорганического синдрома — астенический. Он включает стойкие астенические нарушения, физическую и психическую истощаемость, раздражительную слабость, гиперестезию, аффективную лабильность, незначительные нарушения интеллектуальной продуктивности, метеопатический симптом. Любопытная деталь последнего — значимость ухудшения состояния в связи с переменной погоды. Если оно меняется вместе с погодой, это более мягкое нарушение, чем изменение самочувствия перед падением или повышением барометрического давления. Иными словами, «предсказатель» погоды в данном контексте сильнее болен, чем «регистратор» уже наступивших погодных изменений. Это носит название симптома Пирогова. Попробуем описать астенический вариант психоорганического синдрома на примере медицинской сестры, многие годы проработавшей в медицинском учреждении, к примеру в психиатрической больнице.

Женщине 57 лет. Она выглядит уставшей, старше своих лет. Ходит медленной походкой, с сутулой спиной. Лицо частенько с гиперемией. Старается записывать указания или приказы начальства в записную книжечку, так как боится подзабыть, но несмотря на это забывает выполнить часть порученного. К концу рабочего дня нуждается в дополнительном отдыхе; иногда садится, откидывая голову на спинку дивана, и вздремывает 2—5 мин. Довольно бурно реагирует на любое замечание своего руководителя, слезы появляются на глазах через десять секунд после начала довольно безобидного разговора, обсуждающего улучшение штатной рабочей ситуации. Еще более бурную реакцию со слезами, раздражением, обидчивыми упреками дает на малейшее покушение на

ее материальный статус. Колебания артериального давления возникают часто, сопровождаются головной болью, разбитостью, иногда тошнотой.

Второй вариант психоорганического синдрома — взрывчатый. Основные его проявления — аффективная возбудимость, уже превышающая эмоциональную лабильность, взрывчатость, агрессивность, более выраженные нарушения памяти, склонность к сверхценным образованиям, повышение влечений, нередко — **алкоголизация**. Если сказать образно — всего побольше и погуще!

Вот перед нами ветеран войны в Афганистане. Ему еще нет и пятидесяти лет. Он перенес тяжелую контузию мозга. Не может вспомнить даты контузии, не помнит точно, когда был демобилизован. Все телефоны, включая и домашний, вписаны в записную книжку. После вопроса о самочувствии, не успев рассказать о своих жалобах, тут же начинает громко возмущаться «бардаком», творящимся в пенсионном отделе. На попытку защитить работников собеса, объяснить истоки бюрократизма, вскакивает со стула, размахивается и запускает в собеседника оказавшейся под рукой хозяйственной сумкой. Счастливая случайность убергает голову врача от встречи с бутылкой кефира, находившейся на сей момент в сумке.

Третий вариант психоорганического синдрома — эйфорический. На фоне уже выраженных нарушений памяти возникают благодушие, эйфория, снижение критики к своему состоянию, повышение влечений. Все это может чередоваться с внезапным взрывом гневливости, агрессией, слезливостью. Этот вариант отражает углубление синдрома, приближение финала и начало дементирования. На этом фоне часто наблюдаются насильственный смех и насильственный плач. Авторы отмечают, что при этих двух состояниях больной амнезирует причину, вызвавшую смех или плач, а гримаса плача или смеха застывает на лице и, как маска клоуна, держится на лице долгое время. Чтобы составить впечатление об этом варианте синдрома, позволим себе такое необычное сравнение.

Довольно большое число современных артистов эстрады паразитирует на изображении придурковатых, дебилных, с постоянными улыбками и малоадекватными смешками людей. Они совершают нелепые действия на сцене, высказывают малосодержательные, но грубо пошловатые шуточки, начинают смеяться сами и заражают пустоватым смехом аудиторию.

Последний вариант психоорганического синдрома — апатический. Больные апатичны, аспонтанны, круг интересов резко снижен, для них безразлична собственная жизнь и жизнь самых близких людей. Грубо выражены нарушения памяти. Такие больные очень напоминают пациентов с апатико-абулическим типом шизофренического дефекта. Их во множестве можно наблюдать в домах-интернатах для хронически больных. Они отличаются от пациентов с конечным состоянием при шизофрении наличием нарушений памяти. Приводим два сравнительных наблюдения таких больных.

У больного Виктора, страдающего непрерывной шизофренией с апатико-абулическим синдромом, лежащего сутками на постели, встающего только покушать, мы спрашиваем, помнит ли он, что такое анализ крови. Он через секунду монотонным голосом начинает рассказывать не только, что это такое, но и о чем говорит увеличение СОЭ, количество лейкоцитов в крови, уровень гемоглобина. Напротив него в углу палаты лежит Семен с апатическим вариантом психоорганического синдрома вследствие тяжелой травмы мозга, полученной при автомобильной катастрофе. Он также лежит сутками на койке, также поднимается три раза в день, с большим аппетитом кушает. Не помнит не только своего домашнего адреса, но и имени жены. Быстро забывает, как зовут детей, ему напоминают их имена при каждом свидании, на протяжении свидания он помнит, но вскоре забывает. Со свидания уходит, не простившись, часто, не дожидаясь ухода родных, не оборачиваясь, с пустым выражением лица.

Три стадии психоорганического синдрома

Как мы убедились, варианты психоорганического синдрома есть по сути стадии дементирования. Но некоторые авторы выделяют специально три стадии психоорганического синдрома: 1) церебрастеническая; 2) энцефалопатическая; 3) дементная. Очень интересно для начинающего психиатра должно быть описание псевдоорганического слабоумия, сделанное В.А. Гиляровским. В отличие от психоорганического синдрома, при этом состоянии после травмы головного мозга возникают проявления интеллектуальной недостаточности,

создающие впечатление деменции. Но спустя месяцы, иногда более, интеллектуальные функции восстанавливаются, чаще частично. Как предупреждение против терапевтического нигилизма, колокольчиком должна в сознании психиатра звенеть память об этом синдроме.

В 1986 г. в кабинет главного врача ПНД привели под руки одного из больших начальников крупного автогиганта. История этого человека и его болезни уникальна. За несколько лет до того памятного дня этот человек был прооперирован в нейрохирургическом отделении по поводу доброкачественной опухоли лобно-теменной области мозга. После реабилитации в течение нескольких месяцев, он приступил к трудовой деятельности и оставался полностью компенсированным в течение нескольких лет. За два месяца до посещения врача-психиатра он попал в тяжелейшую автоаварию. Вылетел через лобовое стекло своего личного автомобиля, пролетел 25 м и упал на асфальт, получив тяжелый ушиб головного мозга. В кабинет главного врача ввели пожилого человека с парезами, грубой моторной, сенсорной и амнестической афазиями, грубыми нарушениями памяти, выраженным интеллектуальным снижением, достигающим степени сформировавшегося слабоумия. Учитывая общественный статус больного, главный врач посоветовал в качестве места проведения длительной терапии республиканскую клинику. Каково было удивление доктора, когда через семь месяцев в его кабинет с улыбкой на лице вошел свободной походкой этот пациент, не выявляя в своем психическом статусе ни афазий, ни иных грубых нарушений со стороны психики. При большом желании можно было бы обнаружить когнитивные нарушения, не лишаящие его трудоспособности. Пациент вернулся к работе и весьма успешно трудился еще несколько лет, вплоть до выхода на заслуженный отдых.

Многие психиатры выделяют как особо значимый лобный синдром, который отличается от психоорганического сочетанием глобального слабоумия с апатией (аспонтанностью) или общей расторможенностью. Слабоумие проявляется не только мнестическими или интеллектуальными нарушениями, но и изменениями и нарушениями морально-этической стороны личности человека, глубокими характерологическими изменениями, и встречается при локальном поражении лобной доли, чаще всего при ее опухолях.

Мужчина, 58 лет, за месяц до описываемых событий начал жаловаться на сильную головную **боль**, умеренное головокружение, появление неприятных запахов. В течение последующего месяца происходило резкое изменение поведения: стал грубым, развязным, отмечалось обжорство. Ранее, будучи интеллигентным человеком, не позволял себе употребления нецензурных слов. Последние дни месяца, невзирая на присутствие детей и внуков, ругался отборной бранью. Близкие стали отмечать резкое снижение памяти и даже нарушение бытовой ориентировки. Путал ванную комнату с туалетом, свою спальню с комнатой замужней дочери, укладываясь на ее постель. В день госпитализации в психиатрический стационар вечером, не обращая внимание на дочь и внука 6 лет, внезапно подбежал к супруге, 56 лет, сорвал с нее халат и толкнул на кровать. Попытался начать половой акт, но был остановлен женой и дочерью. При обследовании в стационаре была выявлена быстро растущая злокачественная опухоль лобной доли.

Похожая история произошла много лет назад, когда женщина, 45 лет, работавшая учителем математики в средней школе, будучи очень аккуратной дамой, жаловалась некоторое время на усталость, нарастающую апатию, лень. В течение нескольких недель из дамы, диктующей тенденции моды в своей школе, превратилась в неряшливую базарную торговку, приходила в неглаженном костюме, с растрепанными волосами. Стала путать имена учеников. За два часа до вызова скорой помощи в помещении учительской в присутствии преподавателей-мужчин опустилась на корточки и помочилась на пол. При обследовании обнаружена яйцеобразная злокачественная опухоль лобной доли левого полушария, прорастающая в правое полушарие.

Синдром расторможения

В 1887 г. Вельтом был описан синдром расторможения, который, по сути, и есть один из вариантов лобного синдрома. Он описывал психические расстройства, возникающие при органическом поражении орбитальной поверхности лобной доли опухолью, абсцессом, кровоизлиянием, начальной стадией болезни Пика. На фоне общего огрубения личности возникает эйфория, упрощение эмоций, потеря тонких чувств и эмоций, расторможенность низших влечений. Год спустя, в 1888 г. JI. Брунс и П. Ястровитц описали синдром, свойственный также локальному поражению лобной доли. Они отметили повышенное настроение с

двигательным возбуждением, склонностью к грубым шуткам. Через десять лет Оппенгейм дал этому состоянию своеобразное название: «страсть к остроумам».

На одной из конференций много лет назад коллеги представляли пациента, перенесшего за 2—3 мес. до того геморрагический инсульт в области передней мозговой артерии. Больной грубо шутил, смеялся, похлопывал по спине и чуть ниже лечащего врача — молодую даму. Под занавес продекламировал поэтический опус собственного сочинения, где ключевой рифмой было сочетание слова «звезда» и известного фольклорного определения первичного полового признака лучшей половины человечества.

Паралитический синдром характерен прежде всего для прогрессивного паралича. Он был описан одним из первых вместе с выделением болезни Бейля как первой и отдельной нозологической единицы. Проявляется глобарной, тотальной деменцией с эйфорией, благодушием, резким и полным снижением и утратой критического отношения, грубыми нарушениями памяти, нелепым бредом величия и богатства. **Бредовые** идеи нестойкие, гротескные. Больные называют себя императорами Вселенной, владельцами несметных состояний и богатств.

Приведем отрывок из «Нового учения о душевных болезнях» А. Бейля, которое было опубликовано в 1825 г.:

«Болезнь начинается бредом величия, более или менее выраженной экзальтацией и легким, неполным общим параличем. Больные воображают, что они богаты, могущественны, отличаются всякими достоинствами, отмечены отличиями и одарены талантами. Они думают, что их состояние увеличилось вдвое, втрое, вчетверо, в сто раз. Болтливость их неиссякаема. По мере прогрессирования болезни бред величия становится все более распространенным. Они обладают миллионами, миллиардами, золотом, бриллиантами, замками, царствами, наконец, всей Вселенной. Они министры, полководцы, адмиралы, короли, императоры, они — само божество. Из всех продромальных симптомов чаще всего встречается небольшое затруднение в движениях языка, выражающееся в виде мгновенной запинки, неповоротливости при произношении некоторых слов, а иногда дело не идет дальше незначительного заикания. Кроме того, нередко можно заметить также и легкое затруднение в движениях конечностей». Поведение не просто легкомысленно, а расторможено, цинично, нелепо утрировано. Больные могут обнажаться, совершать физиологические отправления на глазах окружающих людей, представителей противоположного пола. Крайне неряшливы, едят руками. Часто отмечается дизартрия в речи. Отмечаются анизокория, ослабление реакции зрачков на свет при сохранности на аккомодацию (симптом Аргайла—Робертсона). Могут быть эпилептические припадки, парезы и параличи.

Псевдопаралитический синдром

Псевдопаралитический синдром. Некоторые авторы считают его, как и лобный синдром, особым вариантом психоорганического синдрома. Он возникает при различных органических заболеваниях головного мозга — алкоголизме III стадии, травматической болезни мозга, атеросклерозе, сифилисе мозга, эпилепсии, опухолях мозга. Клиническая картина сходна с паралитическим синдромом, но возникающим не при прогрессивном параличе. Меньший вес занимают при псевдопаралитическом синдроме нелепые бредовые идеи. Отмечаются несколько меньше прогрессивность и фатальность. Финальной стадией многих видов слабоумия является психический маразм — полный распад всех психических функций с утратой речи, всех навыков самообслуживания, неопрятностью мочой и калом, иногда булимией, оральными и хватательными автоматизмами, насильственным смехом или плачем. В 1940 г. Е. Кречмер описал апаллический синдром. Это состояние развивается при очень грубых поражениях головного мозга с нарушениями связей между плащом головного мозга (pallium — отсюда и название синдрома), стволом головного мозга и другими структурами мозга. Это особый вид нарушения сознания, при котором больные не спят, но и недоступны контакту. Спонтанные маятникообразные движения глазных яблок, отсутствие эмоций, примитивные моторные автоматизмы, экстензия конечностей и туловища (в разгибательном положении). Наиболее типична полная аспонтанность, блуждающий взгляд, наличие древних рефлексов — хватательного и сосательного. Это состояние возникает в терминальных стадиях атрофических психозов, чаще всего является переходным состоянием между финалом болезни и агонией. Апаллическому синдрому часто дают такие названия, как бодрствующая кома, парасомния, акинетический мутизм, децеребрационная ригидность, пролонгированная травматическая кома.

Приводим пример из практики АСПЭ по определению дееспособности. А. Алексей, 22 лет. После черепно-мозговой травмы (упал с мотоцикла) с тяжелым ушибом головного мозга находился в нейрохирургическом отделении в течение многих месяцев. Осмотрен

через пять месяцев после выписки из стационара. В психическом состоянии: подэкспертный лежит в постели на спине неподвижно. Постоянно издаёт чмокающие звуки. Веки закрыты. Лицо амимичное, выражение лица безразличное. Периодически изредка открывает глаза, но взгляд не фиксирует, глазные яблоки закатываются вверх. Продуктивному контакту недоступен. Никак не реагирует на прикосновение, а также на задаваемые ему вопросы и инструкции. Имеется лишь незначительная двигательная реакция на **боль** в виде гримасы и хаотичных движений руки. Осмысленных целенаправленных движений нет. Отсутствуют речь и все психические функции.

Расстройства личности

Для изучения материала последней главы о негативных психических расстройствах нам придется неоднократно использовать понятие «психопатоподобные нарушения». Его, в свою очередь, невозможно понять без знания различных форм патологии личности. Мы коснемся не всей темы психопатий, не их нозологической специфики, не динамики или статики психопатий, а только феноменологии самих личностных особенностей. Вы обратили внимание на то, что от главы к главе, по мере изложения материала общей психопатологии, происходит любопытный процесс нарастания в структуре психических расстройств доли объективно познаваемых психопатологических феноменов. В первых главах мы говорили о таких нарушениях, при которых о содержании психических расстройств мы могли узнавать либо исключительно со слов самих пациентов, либо осуществляя транспонирование или эмпатию, имея возможность лишь изредка, сторонним взглядом, объективно познавать внешние проявления той или иной патологии. Начиная с нарушений памяти и интеллекта, а сейчас и в разделе, посвященном расстройствам личности, все большее значение приобретают нарушения поведения, те поступки, действия, проявления жизнедеятельности людей, которые врач-психиатр имеет возможность оценить непосредственно сам. Вырисовываются некая тенденция, направленность всего курса психопатологии от внутренних, скрытых в глубинах человеческого сознания и психики нарушений к более грубым, более объективизированным. Вряд ли это отражает только схему изложения материала, свойственную большинству психиатрических школ. Возможно, схемы психопродуктивных и негативных синдромов и расстройств, предложенные московской психиатрической школой, отражают общие тенденции не только нарастания по тяжести этих нарушений, но и нарастания параллельно тяжести удельного веса объективно познаваемых психических нарушений. В «Общей психопатологии» А.О. Бухановского выделяется специальный раздел «Личность и основные формы ее патологии». Нам очень понравилась вводная глава этой темы и то, как она изложена в данном руководстве, краткую терминологию из которого мы и представляем вашему вниманию.

Итак, что такое задатки? Это природные предпосылки развития способностей. Способности — свойства личности, дающие возможность успешно обучаться, приобретать знания, умения и навыки. Темперамент — постоянные устойчивые индивидуально-неповторимые природные свойства личности, которые определяют динамику психической деятельности. К основным свойствам темперамента авторы относят:

- сенситивность — наименьшую силу внешнего воздействия, вызывающую ту или иную психическую реакцию;
- реактивность — степень произвольности реакций на внешние или внутренние воздействия;
- активность — выраженность энергетического потенциала личности;
- темп реакций — определяется скоростью протекания психических процессов;
- эмоциональную возбудимость — порог минимального воздействия, необходимого для возникновения эмоциональной реакции;
- пластичность — легкость и гибкость приспособления человека к внешним воздействиям;
- экстраверсию — высокую степень зависимости человека от внешних впечатлений;
- интроверсию — низкую степень зависимости от внешних впечатлений, связь поведения человека с внутренними впечатлениями.

Характер — совокупность устойчивых и существенных индивидуально-своеобразных свойств личности. Прежде чем рассказывать о типологии личности, несколько слов все же необходимо уделить основополагающим

основам личностной патологии. П.Б. Ганнушкин написал монографию «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика», которая вышла в свет в 1933 г., уже после его смерти. Основные типы личности, описанные в ней, сохранили актуальность и сегодня, видоизменившись в частности и деталях. О.В. Кербиков в 1961 г. опубликовал статью «К учению о динамике психопатий», в которой есть очень многозначительный пассаж: «Нечеткость границ между отдельными клиническими формами — не ошибка в теории малой психиатрии, как думал М.О. Гуревич, а одна из особенностей малой психиатрии, не позволяющая без насилия над клиническими фактами проводить здесь «границы-разрывы»...Почти неизбежны провизорность и условность группировки этих явлений» [35]. Мы неоднократно говорили, что психические расстройства, как и феномены этих расстройств, трудно, а подчас невозможно разделить на четко оформленные составные части, расклассифицировать по симптомам и синдромам. Это также трудно, как разделить на мелкие составные части феномены самой жизни, от чего, по словам Н. Бора, жизнь перестает быть жизнью. Прочитанный отрывок из статьи О.В. Кербикова еще раз напоминает нам об условности любых классификаций, ранжирования любого типа и происхождения, проблематичности существования самих форм, типов, стадий, групп. Любые классификации есть порождение ума человека, отнюдь не всегда означающие существование в реальной жизни и действительности выделенных классов, элементов и частей объемлющего целого. В 1976 г. К. Леонгард выпускает книгу «Акцентуированные личности». Сами типы личности, их описания, литературные портреты и ссылки очень напоминают то, что описывал П.Б. Ганнушкин. К. Леонгард вводит промежуточную степень между нормой и патологией, которую именует акцентуацией. При этом, во-первых, выделяется скрытая акцентуация, т.е. выделение, большее присутствие в характере той или иной черты, проявляющееся только в особых ситуациях, именуемых «место или ситуация наименьшего сопротивления» (*locus minor is resistant*). Во-вторых, описывается явная акцентуация, проявляющаяся в различных, в том числе и обыденных, ситуациях [44]. Психопатия отличается от явной акцентуации выраженной социальной дезадаптацией и тотальностью поражения личности.

Повторюсь, в данной главе мы попробуем изучать только сами типы личностной патологии, феноменологию этих нарушений и не всех, а наиболее часто встречающихся и наиболее часто имитируемых другими психическими расстройствами.

Истероидный (демонстративный) тип личности

Истероидный (демонстративный) тип личности. П.Б. Ганнушкин главными их особенностями считал стремление обратить на себя внимание окружающих людей и отсутствие «объективной правды к себе и к другим» (искажение реальных соотношений). К. Леонгард выделял в первую очередь такие черты истероидных личностей, как аномальную способность к вытеснению, артистические способности. С чем врачу-психиатру приходится сталкиваться при диагностировании данного характера? Незрелость личности, ювенилизация или пуэрильность характера. Стремление быть в центре внимания, эмоциональное восприятие мира, легковесность и поверхностность эмоций и чувств, стремление к «уходу в болезни» при необходимости решения трудных жизненных коллизий. Склонность к фантазированию, порой псевдологии. При этом в свои фантазии и ложь верят сами и убеждают других. Рентность поведенческих реакций, стремление через особенности характера, разного рода функциональные нарушения здоровья «поиметь пользу», получить льготу, защититься от превратностей жизни.

Перед группой студентов медицинского колледжа выходит молодая женщина, 29 лет. Работает руководителем танцевального ансамбля. Закончила Институт культуры. Поступила в дневной стационар с жалобами на мигрень, слабость, мигрирующие боли в нижней части живота, бессонницу. Объективных проявлений какой-либо соматической патологии не обнаруживает. Демонстративна. Кокетлива. Выглядит моложе своих лет, инфантильного телосложения. Худенькая, грациозная. В личной жизни неустроенная. Мы просим ее, учитывая артистические способности, изобразить выступление на показе мод весеннего сезона. Вот подиум, вот зрители, вот главный артист. Наша девушка подняла головку, приподняла плечики, пошла, пошла походкой от бедра, призывно покачивая бедрами. Как замечательно похоже на парижский подиум. Мы просим перейти на показ мод летнего сезона, и тут же наша героиня приподнимает юбку, выставляя на показ стройные ноги, демонстрируя летнюю мини-юбочку. Мы ее похвалили и предложили показать сильно пьяную женщину, мешающую

пассажирам, скопившимся на остановке автобуса. Что-то случилось с нашей артисткой, грубо, вульгарно и непохоже она пыталась изображать пьяницу.

В этом довольно простом задании проявилась демонстративная натура - ей по душе изображать, демонстрировать то, что вызывает восхищение, одобрение. Играть же социально-отрицательный образ под силу только настоящему артисту.

В течение двух лет нас беспокоила история болезни одного юноши. Около двух лет назад, будучи учащимся одного из СПТУ, парень (назовем его Ваней) начал жаловаться на резь в глазах и ухудшение зрения. Сколько не ходили к окулистам, те ничего не находили. Спустя несколько месяцев у него появились шаткость походки, головокружение. Временами он ходил по дому, держась за стены. Был осмотрен одним из профессоров Казани, который поставил диагноз вестибулопатии неясного генеза. Мать потащила его к «бабкам». Те не вылечили, и он на несколько дней был помещен в неврологическое отделение. Что ставят невропатологи, когда не знают, что за болезнь у пациента? Правильно — энцефалопатию неясного происхождения. Несколько дней наблюдали и предложили нам проконсультироваться. В кабинет главного врача притащили мальчишку лет шестнадцати или чуть больше. На ногах не стоит, не сидит, не ходит, удерживается в полувертикальном положении матерью. Никаких видимых психопродуктивных расстройств нет. Полный контакт, охотно рассказывает о себе, приветлив. Не очень долго думая, поверив,

что неврологи ничего не нашли, предположили конверсионное расстройство — астазию- абазию. Вроде и психогении особой никакой нет, ну, думали, что-нибудь «накопал». Ничего не «накопали», врачи стали лечить мягкими антидепрессантами. Сдвигов никаких. В течение лета состояние незначительно ухудшилось. Стал с трудом сидеть, позвоночник не удерживал, подпирала подушками и опорой на стену. Временами мочился под себя. После повторного диагностического разбора был направлен в г. Казань для исключения рассеянного склероза или подтверждения конверсионного расстройства. При этом направлялся с подозрением на рассеянный склероз. Там его осмотрели три невропатолога, двое из которых довольно опытные и известные, два профессора-психиатра. Невропатологи, как водится, говорили, что это — не их патология. Психиатры диагностировали истерию, хотя так и не нашли у него никакой видимой психогенной причины, применяя для этой цели элементы психоанализа. После двухмесячного лечения его выписали из больницы с тем же состоянием и с тем же диагнозом конверсионного расстройства. Он жил дома, за ним ухаживала мать. После Нового года его через детскую МСЭ признали инвалидом с детства, и в конце марта мы решили его осмотреть на дому за месяц-два до переосвидетельствования во взрослой МСЭ. Перед тем как привести полный текст освидетельствования мальчика на дому, расскажу о жилище, где проживает наш больной. Хотя он сам и не создавал свою среду обитания души, но все же любопытно было посмотреть, есть ли что-нибудь характерное, особенное в материальном окружении именно этой «больной» психики. Итак, мы заходим в малогабаритную двухкомнатную квартирку. Комнаты смежные. В квартире чистенько. Мебель, обстановка, предметы быта — довольно старые, изношенные. Совершенно ясно, что материальный достаток здесь «не ночевал». В маленькой смежной комнатке на кровати сидит старшая сестра нашего пациента, довольно хмурая, неразговорчивая особа. За все время пребывания врача в этом доме она не произнесла ни одного слова. В большой комнате — диван, на котором сидел наш Ваня, и книжный шкаф. На одной полке шкафа стопка из 25—30 книг. Эти книги именно его, и он ссылается на них, когда говорит об утомляемости и немощи, приводя в пример процесс чтения. На диване дешевая накидка. В ванной, совмещенной с туалетом, — довольно старое изношенное сантехническое оборудование. А теперь приводим полный текст консультативного осмотра нашего пациента.

24.03.04 г. Осмотр Вани Я.

Состояние улучшилось. По комнате передвигается, опираясь рукой о стену, диван, пользуясь костылями. При ходьбе на костылях ноги держит прямыми, опираясь на всю длину нижних конечностей, перепрыгивая большими шагами. Сидит, опираясь на руки или на спинку дивана. Увлекаясь беседой, на несколько секунд отпускает руки и самостоятельно удерживает туловище в вертикальном положении. Речь несколько дизартрична. Со слов матери, речь ухудшается после приема феназепама и восстанавливается при отмене препарата. Контакт доступен. Весьма охотно отвечает на вопросы врача. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Со слов матери, за время болезни «отстал от сверстников, и интеллект сына не развивался». При проверке сохранившихся знаний довольно быстро и уверенно умножает в уме в пределах таблицы умножения и простые двузначные числа. Быстро отвечает на некоторые вопросы, связанные с общественно-политическими событиями в стране. Жалуется на снижение памяти и затруднения в чтении. Утверждает, что может за один раз прочитать только две страницы

текста, затем утомляется и не хочет далее «работать». При этом указывает на полку с книгами и говорит, что не может ее освоить. На вопрос, о чем рассказывает книга «Скифы», быстро резюмирует главное содержание книги. Без наводящих вопросов вдруг заговорил о ситуации в семье и отношениях между отчимом и остальными членами семьи. При этом с горечью сообщает, что матери нужно решить, как дальше быть и с кем жить. Открывает альбом с детскими фотографиями и показывает врачу, какими все они были хорошими несколько лет назад. Считает, что в период 9—10-го класса отношения испортились, и как раз в это время он начал сильно болеть. Мать при этом разговоре вставила реплику о своей надежде, что отчим станет сыну отцом, но отчим избирательно хорошо стал относиться к младшей дочери, а на сына нужного внимания не обращал. Упомянула, что и первый муж оставил семью, когда в детстве сын начал сильно болеть. При рассказе об отчине и ситуации в семье больной всплакнул. Заявил, что его недостаточно жалеют в данной ситуации. На вопрос, кого мать из детей больше любит, сначала ответил, что его, затем поправился, что всех детей, но при повторении вопроса, вновь заявил, что мама любит больше его. Несколько раз повторил, что маме нужно делать выбор, так как такая жизнь на два дома всем надоела, а отчим жить с ними здесь не сможет. Суждения несколько инфантильные. Для своих лет выглядит слегка женоподобным. Психопродуктивной симптоматики не отмечается.

Заключение: конверсионное (истерическое) расстройство на фоне незначительно выраженного органического поражения ЦНС вследствие длительной психотравмирующей ситуации в семье (ситуации не осуществленного выбора предпочтений матерью).

Встреча на автобусной остановке через полгода после перевода на группу инвалидности: Ваня едет в свое училище, ходит с костылем. Говорит, что не может еще удерживать спину, она как «взболтанный кисель». Если в первом случае на первое место в структуре личности выходит демонстративность, артистичность натуры, то во втором случае — бегство в болезнь. Юноша цепляется за болезнь, навешивает ее на себя как липучку, к которой должна прилипнуть его мать.

Симптом истерии - камптокормия

Еще в 1837 г. Brodie описал симптом истерии, который он назвал камптокормия. Проявлением этого состояния является придание туловищу неестественного положения, необычной позы. Больные сгибают туловище вперед под прямым углом или при наклоне в сторону. Для этого состояния также характерна невозможность поправить позу, разогнуться. Чувствуется сопротивление при попытке придать телу нормальное положение. Такая поза сохраняется при передвижениях, ходьбе. Кроме того, отмечается приступообразная **боль** в спине и конечностях, свисание рук вдоль туловища, нарушение походки. Если больного положить, то в положении лежа такое неестественное положение туловища исчезает. Данное истерическое расстройство наблюдается у солдат, призывников в военное время, а у женщин почти никогда не бывает. Именно эти нарушения мы и отмечали у нашего пациента. Суммируя все проявления психического расстройства, можно квалифицировать состояние как истерический невроз у пациента с истерической структурой личности. Личность инфантильна, несколько женоподобна, склонна к демонстративным реакциям, уходу в болезнь, с излишней опекой матерью. При угрозе лишиться этой опеки и любви матери, даже в виде уменьшения объема внимания, часть которого должна была бы перейти на отчима и младшую сестру, у юноши возникают последовательно нарушения зрения, походки, астазия-абазия, изменения положения туловища в пространстве с наклонами туловища вперед и в стороны.

Для личности психастенического склада наиболее характерны тревожность, склонность подвергать все сомнению, превалирование рационального, рассудочного познания и взаимодействия с миром, трудность в принятии решения и совершении выбора — амблиноия (болезненное затруднение в принятии какого-либо решения). Авторы отмечают существенное отличие этого феномена от амбивалентности при шизофрении. Для психастеников характерны нерешительность, мнительность при оценке своего здоровья и здоровья близких. Современный «человек в футляре» выглядит Зачастую преуспевающим бизнесменом, но внутри его души происходит постоянная внутренняя борьба, непрекращающееся самоедство, жертвой которого неизменно становится сам психастеник. Располагает к такому характеру интравертированность как врожденное свойство темперамента человека. Эти личности — безупречные работники, находясь на ответственных постах, многократно перепроверяют себя, идеальны для аудита в любых сферах. Они нередко заболевают функциональными нарушениями, природа которых кроется в нарушении принципа «невмешательства» сознания

в автоматизированные функции внутренних и некоторых наружных органов. Избыточная рассудочная деятельность их психики ломает **автоматизм** биологически запрограммированных функций речи, моторики, сексуального поведения.

Лет десять назад в купе поезда дальнего следования довелось услышать исповедь молодого человека. Размеренный перестук колес, небольшое количество хорошего коньяка, доверительная атмосфера общения расположили его к долгому рассказу случайному собеседнику.

Сергей рос в уютной атмосфере любящих его людей — отца и матери. В детстве часто болел, заикался, был пугливым и обидчивым. Учился блестяще. Побеждал на олимпиадах. После окончания школы поступил в медицинский институт. Много читал, пропадая в библиотеках вечерами и в выходные дни. Не любил вечеринок, танцулек и студенческих попок. Вел очень скромную жизнь. На втором курсе познакомился со студенткой педагогического вуза того же города, бесшабашной особой, яркой блондинкой, уверенно захватившей душу нашего железнодорожного попутчика. Спустя неделю на прогулке по городскому парку «мисс пединститут» затащила «героя нашего времени» на маленькую полянку, отгороженную от остального парка кустами акации, и скинула с себя летний халатик. Увидев прямо перед глазами оголенные прелести понравившейся девушки, Сергей испугался, забормotal: «Что же это, как же это?» Начал судорожно оглядываться по сторонам, думая про себя: «Как бы чего не вышло». Девушка же расстегнула молнию на его брюках, просунула руку и по-хозяйски завладела главным мужским достоинством. Через пару секунд у Сергея случилось то, что должно было случиться. Вместе с внезапным семяизвержением он потерял способность к каким-либо действиям. Ему было невыносимо стыдно и гадко. Спутница же продолжала раздевать его, ничуть не озаботившись поинтересоваться, а чего же хочет партнер. Сколько ни уговаривал себя мысленно молодой человек, сколько ни приказывал себе и некоторым частям своего тела быть на высоте, ничего не получилось. Девушка, потеряв терпение, начала одеваться, давая при этом не очень лестную фольклорную характеристику его мужским качествам, и очень скоро оставила нашего героя. В течение всех последующих лет он не нашел в себе силы попытаться счастья с другими женщинами. Окончив институт, специализировался по рентгенологии, стал хорошим специалистом. Проживал в большом доме с матерью; отца к тому времени уже похоронил.

Однажды вечером к ним постучали соседи и попросили его как врача зайти помочь дочери. Зайдя к соседям, он увидел на кровати рожаящую юную женщину, широко расставленные ноги, разорванную промежность и вылезавшую сквозь кровь головку ребенка. Случился обморок, наш герой упал рядом с кроватью, а молодая соседка продолжала главное дело женской жизни. Вскоре он поднялся, боясь что-то предпринимать, посоветовал вызвать скорую помощь, по приезде которой был отпущен с богом и награжден приговором соседа: «Слюнтяй». Долго переживал этот случай и уехал далеко от дома в заброшенный маленький городишко, где его никто не знал. Хорошо работал, в возрасте 32 лет участвовал в мобильной бригаде врачей, объезжавших села и маленькие поселки той области, где проживал. Проводил осмотр на передвижной установке сельского населения. Обследуя жителей одного из отдаленных сел, тяжело заболел ангиной и был помещен на постой к вдове, муж которой погиб в Афганистане. В течение трех дней вдова отпаивала доктора, выхаживала, и опять случилось то, что должно было случиться, но уже с нужным результатом. Вдова не торопила его, ничего не требовала, ничего не ждала. Легла рядом, гладила и говорила ласковые слова. От такого необычного (в его понимании) поведения у него из головы «исчезли все мысли, пустота и радость» охватили его существо, и все получилось. Будучи признательным этой женщине за введение во взрослую жизнь, он вместе с тем никак не мог решиться на поступок. В течение многих лет он почти ежедневно подсчитывал свои успехи и неудачи, потери и приобретения (это носит специальное название — «биланизм» и оценивается как одна из форм навязчивостей), многократно он просчитывал все плюсы и минусы заключения брака с сельской вдовой. Уехав из этого села, переписывался с ней, радовался каждой весточке, но только через три года созрел, чтобы предложить руку и сердце. Приехав в село, узнал, что за месяц до этого его «невеста» умерла от рака шейки матки, оставив своим родным маленького двухлетнего сына. О сыне ни в одном письме она ничего не сообщала, не желая обязывать случайного отца. Сын ему понравился, но сразу взять его не решился. Захотел посоветоваться с мамой. Мама отговаривала его от этой благородной миссии. Но он чем дольше, тем больше склонялся к мысли об установлении отцовства. Прошло еще пару лет. Поехал в то село к родственникам вдовы, чтобы забрать сына, а того уже отдали в детский дом. И вот он едет в поезде в тот город, где в детском доме растет его сын, и спрашивает своего попутчика, почему он все время опаздывает в жизни. При этом тут же задает вопрос, а правильно ли делает, что забирает сына себе, а сможет ли его воспитать лучше, чем в детском доме. Как говорится — ни убавить, ни прибавить.

Возбудимая личность

Возбудимая личность (эмоционально-неустойчивая, эпилептоидная). В тридцатые годы П.Б. Ганнушкин разделял возбудимых и эпилептоидных психопатов. ВМКБ-10 они объединены в одну группу. Не будем вдаваться в теоретические споры. В основе этой личности — «букет» врожденных особенностей темперамента. Она наиболее биологизирована, если так можно выразиться. Очень низкий порог, при котором внешнее воздействие вызывает ответную эмоциональную реакцию. Как правило, преобладает экстравертированность как черта темперамента. Наиболее трудно эти личности переносят ситуации, требующие терпения, ожидания, взвешенных решений, спокойной рассудительности. У них преобладают прямые, немедленные ответы, часто с применением грубой силы, не считающейся с возможным поражением, получением увечья и даже смерти. Эпилептоидная конституция добавляет злопамятность, брутальность, застреваемость на обидах, властность. П.Б. Ганнушкин вообще не выделял возбудимую психопатию; в МКБ-10 этот тип личности описан под названием эмоционально-неустойчивых. Но основными, главными качествами таковой личности все же следует, видимо, признать эпилептоидные черты, ибо именно они характерологичны. Сама по себе эмоциональная несдержанность, возбудимость есть в большей степени принадлежность темперамента, т.е. биология, а не психика. П.Б. Ганнушкин акцентирует внимание на себялюбии, честолюбии. В семейной жизни люди этого типа «несносные тираны, устраивающие скандалы из-за опоздавшего на несколько минут обеда, подгоревшего кушанья, плохой отметки сына или дочери, сделанной женой без их спроса покупки». Среди них много азартных игроков, безумных храбрецов, «не знающих меры ни в жестокости, ни в любовной страсти». Из всех психопатических личностей именно эмоционально-неустойчивые (эпилептоидные) феноменологически наиболее яркие, узнаваемы, непосредственно воспринимаемые врачом-психиатром. Все, что находится внутри их души и сознания, в короткие секунды находит бурный выход наружу. Прекрасно рисует психологический портрет таких личностей Ф.М. Достоевский в характерах Дмитрия Карамазова и Рогожина. Вот отрывок сцены встречи братьев и отца Карамазовых у старца.

«Молчать! — закричал Дмитрий Федорович, — подождите, пока я выйду, а при мне не смейте марать благородную девицу... Не позволю!

— Ложь все это! Снаружи правда, внутри ложь! — весь в гневе дрожал Дмитрий Федорович. — Батюшка! Я свои поступки не оправдываю; да всенародно признаюсь: я поступил как зверь с этим капитаном и теперь сожалею и собой гнушаюсь за зверский гнев...». «О, чтобы черт!... — взревел вдруг Митя и изо всех сил ударил кулаком по столу... Митя плюнул и быстрыми шагами вышел из комнаты, из дома, на улицу, в темноту! Он шел как помешанный, ударяя себя по груди...и вдруг залился слезами, как малый ребенок. Он шел и в забытии утирал кулаком слезы» [26].

В личности Дмитрия Карамазова мы опознаем ту часть эмоционально-неустойчивой аномалии личности, которую советская постганнушкинская психиатрия именовала возбудимой личностью.

В следующем примере мы установим некоторые определяющие признаки эпилептоидной психопатии. В трех маленьких отрывках текста Ф.М. Достоевского описан внутренний мир эпилептоида:

«Я, как тебя нет предо мною, то тотчас же к тебе злобу и чувствую, Лев Николаевич. В эти три месяца, что я тебя не видел, каждую минуту на тебя злобился, ей-богу. Так бы тебя взял и отравил чем-нибудь...Рогожин вдруг бросил картину и пошел прежнюю дорогой вперед. Конечно, рассеянность и особое, странно-раздражительное настроение, так внезапно обнаружившееся в Рогожине, могло бы, пожалуй, объяснить эту порывчатость...Глаза Рогожина засверкали, и бешеная улыбка исказила его лицо. Правая рука его поднялась, и что-то блеснуло в ней, князь не думал ее останавливать. Он помнил только, что, кажется, крикнул: — Парфён, не верю!»

Параноидальная (параноидная) личность

Параноидальная (параноидная) личность. Главная особенность данного характера — склонность к образованию сверхценных идей. Основная идея параноика - мысль «об особом значении его собственной личности». Эти личности отличаются эгоизмом, большим самомнением. Они упорно отстаивают свои идеи, оказываются борцами, но это менее всего «идейные борцы». Как пишет П.Б. Ганнушкин: «Им важно, их занимает, что это — их

идея, их мысль». Мышление параноиков незрелое, неглубокое, субъективное, но резко аффективно окрашенное. Фанатики отличаются от параноиков тем, что бескорыстно подчиняют свою деятельность тем или другим идеям общего характера. Центр тяжести их интересов лежит не в самих идеях, а в претворении их в жизнь. Нередко основной идеей параноической личности становится борьба «за справедливость», прежде всего имеющая отношение к личности самого параноика.

К главному врачу психоневрологического диспансера обратился за помощью начальник цеха одного из крупных заводов страны. Инженер-технолог его цеха, мужчина 42 лет, прошедший большую школу общественной работы, «поставил на уши» весь коллектив цеха. В юности этот инженер был секретарем комитета ВЛКСМ школы, затем членом комитета ВЛКСМ района. Закончив кое-как институт, не отличаясь могучими способностями, он устроился инженером на одно из предприятий строительной индустрии. Вскоре стал председателем профкома. Борясь за интересы трудящихся, добился смены нескольких директоров. После начала перестройки был вынужден прекратить общественную работу как не приносящую доход в семейный бюджет. Устроившись на завод, в тот самый цех, обнаружил малую способность к инженерному труду, о чем ему было сказано на первой же планерке у начальника цеха. Он тут же начал разоблачать бардак, творящийся, по его мнению, в цехе. В течение нескольких лет он довел до белого каления нескольких бригадиров, уволившихся из цеха, заместителей начальника цеха. Множество писем-жалоб следовало регулярно. Каждый месяц в цехе появлялась новая комиссия: из мэрии города, из прокуратуры, из комиссии по связям с общественностью, из Минавтопрома, из комитета Госконтроля. В письмах приводилось множество «фактов» нарушений дисциплины, весьма конкретных, легко проверяемых и почти всегда подтверждающихся. К примеру, он замерял время отсутствия женщин на рабочем месте, которые, уходя на обед, заглядывали в киоски с промышленными товарами, записывал и предъявлял очередной комиссии сводку, суммирующую прогулянное время. Поскольку самих работниц за минуты отсутствия на работе уволить было невозможно, а наказывать грешно, доставалось бригадирам. Но женщины продолжали работать.

Несколько месяцев замерял время отсутствия секретаря на рабочем месте, время пребывания «секс-символа» в кабинете начальника, сопроводив разоблачительный анализ фотографиями нижней части тела девушки и длинных ног в короткой юбке (разве в такой одежде можно работать в кабинете серьезного начальника?). Он стал замерять время отсутствия женщин, уходящих по нужде в туалеты. При очередной проверке поставил в тупик весь состав комиссии вопросом: «А сколько положено женщине времени на маленькую и на большую нужду?» Когда член комиссии — дама средних лет — попыталась дать разумный ответ и тут же сообщила искателю справедливости, что у женщин бывают еще некие иные нужды, жалобщик предложил комиссии потребовать от «разгильдяек» справки от гинеколога, подтверждающие эти некие иные нужды. Очередная комиссия предложила начальству провести хронометраж использования рабочего времени самим блюстителем порядка, дабы косвенно призвать его к осуществлению основной инженерной деятельности. Но они «не знали, с кем связались», — как замечал наш герой. Он «не лыком шит» и установил «автоматизированный хронометраж» с использованием светодиодов и автоматической регистрацией выхода-входа любого человека в помещение, включая женщин, справляющих нужду, и тех, кто выходит с некими иными нуждами, и, наконец, самого хронометражника. Это окончательно добило руководство цеха. Оно решило, что человек нуждается в психиатрической помощи. Поскольку в его действиях и письмах не было никаких психотических элементов и эпизодов, врачи-психиатры пытались отшутиться и спросили начальника цеха: «А что, женщины у вас на самом деле так часто ходят в туалет?» Нужно было видеть затравленный взгляд измученного человека, чтобы понять, как же устал он от деятельности своего бдительного общественного контролера.

Шизоидная личность

Шизоидная личность является, по Ганнушкину, феноменологически почти такой же, как и личность шизофреника, только в первом случае проявления личности возникают и существуют с рождения. Она характеризует шизоидов аутистической оторванностью от внешнего мира, отсутствием внутреннего единства, причудливой парадоксальностью эмоциональной жизни. Общей чертой моторики шизоидов надо считать отсутствие естественности, гармоничности и эластичности. Они обращают на себя внимание тугоподвижностью и угловатостью движений, отсутствием плавных и постепенных переходов. Ганнушкин описывает шизоидов, ранее никогда не служивших в армии, но поражающих своей военной выправкой. Они кажутся деревянными,

вроде кукол, двигающихся на шарнирах. У многих — привычные гримасы. Особенно интересной бывает походка. «Одни ходят, не сгибая колен, другие, — как бы подпрыгивая, третьи волочат ноги». Е. Кречмер писал: «Многие шизоидные люди подобны лишенным украшений римским домам, виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца; однако в сумерках их внутренних покоев справляются пиры». Кречмер отмечает у них отсутствие аффективного резонанса. Они могут сочувствовать всему человечеству, малознакомым, воображаемым людям, но им труднее понять горе и радость самых близких людей. У мимозоподобных гиперэстетиков чувствительность соединяется с известной отчужденностью от людей, а в эмоциональной тупости холодных анестетиков всегда заметен какой-то налет раздражительности и ранимости. Аристократическая сдержанность, а то и просто чопорность и сухость некоторых шизоидов — не всегда их исконное свойство. Иногда это — выработанное опытом жизни средство держать других людей на расстоянии (дистанции) во избежание разочарований. «Среди шизоидов можно найти и людей, занимающих позиции на тех вершинах царства идей, в разряженном воздухе которых трудно дышать обыкновенному человеку: сюда относятся утонченные эстеты-художники, творчество которых большей частью формальное, глубокомысленные метафизики, талантливые ученые-схематики и гениальные революционеры в науке...» П.Б. Ганнушкин указывает еще на одну важную особенность шизоидов, незнание которой вынуждает психиатров диагностировать эндогенный процесс там, где нет нозоса, а имеется лишь патос. Он считает, что шизоид находится в постоянном и непримиримом внутреннем конфликте с самим собой. По мнению П.Б. Ганнушкина, это служит причиной того, что накапливающееся, но сдерживаемое шизоидом внутреннее напряжение время от времени находит себе выход в совершенно неожиданных аффективных разрядах. Памятуя пожелание великого К. Ясперса больше доверять самоописаниям больных, мы сейчас прочтем автобиографию одной нашей пациентки и сопоставим ее с основными чертами изученной патологии личности. Текст автобиографии представлен в несколько сокращенном виде и для лучшего восприятия от третьего лица, изменено также имя пациентки.

«Итак, она звалась Татьяной». Первые семь лет ее жизни прошли в маленьком военном городке, состоящем из двух десятков пятиэтажных домов, огороженных бетонной стеной от учебных полигонов. С раннего детства приходилось быть самостоятельной. Родители уделяли больше времени воспитанию старшей сестры. Отца помнит добрым, веселым, когда был трезвым. Мама — преподаватель, но работать по специальности не смогла. Жизнь в маленьком городке была для нее нормальной, так как ничего другого тогда в жизни не видела. Сестра была общительная, затейница, ни минуты не могла просидеть в покое. Они часто дрались друг с другом, один раз старшая сестра даже разбила Тане голову. И никогда не общались ни как сестры, ни как подруги. Таня иногда причиняла гадости старшей сестре, так как держала внутреннюю обиду на то, что родители любят ее больше, что у сестры много друзей, а она всегда одна. Одиночество было само собой разумеющимся. Принимала его как должное и даже радовалась ему. Уходила в себя настолько, что забывала о проблемах в семье. В пять лет стала свидетелем финала ужасного события. Кто-то ночью позвонил в дверь. Отец услышал «знакомые» голоса. Открыл дверь, и «знакомые голоса», решив ограбить их квартиру, проломил отцу голову. Утром, проснувшись, Таня увидела, что вся мебель в крови, вещи перевернуты. Родители попали в больницу. Несмотря ни на что, очень любила отца, пусть он и пил, пусть он и не самый лучший отец, но был единственным, с кем она могла пообщаться, посидеть на коленках, посмеяться. В сравнении с ним даже просто разговоры с матерью проходили очень сдержанно и холодно. Дворовые ребята ее не любили, издевались, обзывали. Они не понимали ее: вроде обычная девочка, а всегда одна, ни с кем не разговаривает. Она и не хотела ни с кем из них общаться. Хотела только, чтоб они оставили ее в покое. После семи лет привыкла к одиночеству, была замкнута в себе, с родственниками общалась с трудом. Много времени проводила за уроками, училась на одни пятерки. Чувство отчуждения в ней было постоянным. Делала то, что ей нравилось. Бегала по сугробам, возилась с собаками на улице, часами могла сидеть в обнимку с кошками. Но не помнит, где в это время были родные. Никогда не помнит их рядом с собою. Через год переехали в Уфу. Уфа — отдельная часть ее жизни, самый любимый город. Несмотря на то что и там была одна, не имея ни друзей, ни подруг, этот город для нее стал настолько родным, близким и любимым, что любила просто гулять по улицам. Нигде так не билось сердце от радости. Возвращалась в этот город снова и снова, там обретала покой, восстанавливала свои моральные силы. Ей никто не нужен, у нее есть Уфа, лучше любой подруги. Стоит только пройти по улицам Уфы, они все понимают. После выхода отца на пенсию перешла в новую школу, в 9-й класс. Поняла глобальную для себя вещь — здесь ее никто не знает, значит, она сможет стать в глазах знакомых такой, какой захочет. Стала веселой, общительной, завела «подружек» — просто, чтобы не ходить одной на переменках. Преподаватели любили ее за «откровенность» — они так думали. Поняла, что может и умеет быть милой и очаровательной. Она видела, что многие считали ее другом. Когда узнавали ее ближе, понимали, что ее душа для них — потемки.

Хотела доказать, что может быть нужной людям. И стала нужной, но ей никто не был нужен. Чувствовала свою силу над людьми — их зависимость от нее и свое безразличие к ним. В душе была несчастна. Тогда в ней начинало кипеть отчаяние. Столько всего накопилось. Казалось, что уже многое видела и так устала от всего. В 16 лет начала обращать внимание на парней. Ее кумир был высокий, красивый, крепкий парень. Встречались в колледже на переменах, гуляли после занятий. Но чем больше он узнавал ее, тем чаще говорил: «А ты уверена, что я тебе нужен?» Он прекратил общение с ней, так как пришел к выводу, что она — слишком сложная. Было больно и обидно. В 18 лет устроилась оператором ЭВМ в детскую поликлинику, поняла, что может сама зарабатывать. Стала вскоре хорошим специалистом, ее повысили в должности. Появился любимый человек. Ничего никому не доказывала, просто любила. Это было сумасшедшее чувство. Ее не волновало, что этот человек был в два раза старше. Он стал первым мужчиной. Была счастлива с ним, пока не узнала, что он женат и у него двое детей. Это был ужасный удар. Но только первый. Она поняла, что беременна. Ее герой тут же заявил: «Извини, у меня жена, дети...разбирайся сама». Больше его не видела. Чувствовала себя тряпкой, о которую вытерли ноги. Никто ничего не узнал. До сих пор это остается ее личной тайной. Ничего не оставалось, как сделать аборт. Врачи хором заявляли, что при ее отрицательном резус-факторе — это безумие, но деваться было некуда. Родители понятия не имели, что их дочь уже взрослая, а она и не хотела шокировать их. Да и зачем? У нее всегда была только своя жизнь. И здесь боролась в одиночку. Была спокойной, жила обычной жизнью, работала, училась, и только внутри навеки поселилось: «Ненавижу»... Очень скоро появился новый парень. Он очень любил ее и был счастлив, а ей было все равно. Два месяца встречалась с ним. И не смотря на это с каждым днем почему-то копилась злость на весь мир. Начала уставать. Не видела смысла в этой жизни, ненавидела все живое. Две недели обдумывала мысль о самоубийстве. Все спланировала. День, место, время. Никто не заподозрил ее намерений. Выпила 6 пачек димедрола. Была намерена именно умереть — ни напугать, ни привлечь внимание. Утром выпила лекарство, а вечером пришла мама и вызвала «скорую помощь». Расчета, что она к этому времени все еще будет живой, не было. Раскаивалась только в том, что не смогла умереть. Нашла вторую работу, стала хорошим специалистом. На второй работе — курсах — ученики ее очень любят за строгость, за поддержку, за знания. Спорт и танцы — ее стихия. Здесь она «отрывается». Родители стали уделять ей больше внимания. Но уже поздно, они остаются для нее просто биологическими родителями. Парень бросил ее, считая ее психически больным человеком. Ему нужен нормальный человек. Что с ней после того, как она выжила? Ничего. Пустота. Безысходность, истерики, сожаления, слезы. И тут же отчаяние, равнодушие ко всему. Думает, что в этом мире ей нет места. Чувствует себя изгоем, хотя многие ее любят. Она хороший специалист. Но ей от этого ни жарко, ни холодно. Иногда бывают моменты, когда ей хочется жить, творить, идти вперед. И у нее много чего получается, но не получается одного — получать от этого удовольствие. Ей очень тяжело, она не знает, как себе помочь. Умереть хотела бы, но покончить с собой не получается, надоели неудачные попытки. Как будто не судьба...Хочет попытаться найти способ жить как все, стать нормальным человеком, радоваться жизни, но жить так, как она сейчас живет, — просто невозможно. Она больше не может...вся ее жизнь — полный бред.

Психическое состояние: В отделение пришла в назначенный день, терпеливо дождалась приглашения в кабинет врача, села на стул. Походка свободная, ровная. Больная одета со вкусом, одежда молодежного стиля. На лице нанесен легкий, подчеркивающий макияж, имеют место элементы пирсинга. На вопрос врача, с чем связано желание иметь такое большое количество серег в ухе, больная ответила... «Мне нравится, когда это на мне есть...» В словесный контакт с врачом вступает с некоторым недоверием и напряжением. О своем состоянии говорит неохотно... «мне кажется, что я на допросе и мне надо доказать возможность пребывания здесь... я вообще-то не напрашивалась... одно дело, когда врача 2 года знаешь, и совсем другое, когда первый раз беседуешь». При переводе темы на разговор о работе больная несколько успокоилась, стала отвечать более охотно и подробно. Сообщила, что переживает по поводу перевода на новое место работы, так как испытывает неприязнь людей, с которыми работает в одном отделе. Затрудняется объяснить и охарактеризовать свое состояние... «меня ничего не радует... смысла ни в чем не нахожу...». Входе беседы сообщает, что не испытывает никаких особо теплых чувств ни к сестре, ни к родителям... «у меня с ней нет никаких отношений, я ее не понимаю абсолютно... родителей воспринимаю как обычных, банальных родителей...». Отмечает, что является одиноким человеком, но считает это чувство неотъемлемой частью своей жизни: «Одиночество обыденное, нормальное привычное состояние...» Сообщает, что в последние два года стала модно одеваться и применять косметические средства, чтобы через одежду, пирсинг, косметику давать сигналы остальным людям о себе, сообщать через внешние атрибуты хоть какие-то сведения о своем внутреннем мире. Если раньше, наоборот, внешность, детали туалета и одежды служили для сокрытия своих переживаний и внутреннего мира,

то сейчас полагает исчерпанной роль маски и превращает свое внешнее убранство в сигнальное устройство, опознавательные знаки, своеобразный словарь, по которому можно что-то прочесть о ней. Говорит о том, что не собирается выходить замуж и тем более заводить детей... «я их всегда не любила, даже на руки не брала», при этом больная пренебрежительно поморщилась. Фон настроения снижен. Выражение лица напряженное, взгляд усталый, безрадостный. Входе беседы сообщает, что в свободное время охотно занимается спортом (легкой атлетикой, гимнастикой)... «физические нагрузки изматывают и можно сбросить лишний негатив., все раздражает — и погода, и то, что утро, зима и т.д.». Грубых нарушений со стороны интеллектуально-мнестической сферы не выявляется. Острой психопродуктивной симптоматики не отмечено. На лечение и обследование в условиях дневного стационара согласилась.

Анализируя данный случай, мы обращаем внимание прежде всего на почти художественное талантливое изложение своей автобиографии нашей подопечной. На протяжении всей жизни, начиная с самых малых лет, сквозным состоянием проходит аутичный статус пациентки. При этом она не всегда оценивалась окружающими как аутистическая личность. Любопытен эпизод самостоятельного изменения внешней стороны общения, при котором сама пациентка констатирует исключительную внутреннюю закрытость. Внутри ее души, как в тех самых кречмеровских римских домах, разыгрываются богатейшие пиры, идет напряженная и, что немаловажно для дифференциальной диагностики патоса с нозосом, плодотворная интеллектуальная и эмоциональная жизнь. Личные, душевные привязанности больной носят парадоксальный, необычный характер. Она обнимается с кошками и собаками, она необычной любовью, как живое существо, любит город детства, Уфу, она описывает свое чувство к городу словами лучших любовных романов XIX века. Это отражает чувствительные черты личности, поэтому характер нашей пациентки можно квалифицировать как чувствительно-шизоидный. Но при этом неизменно отмечает внутреннюю холодность и пустоту к близким людям. Она овладевает искусством «казаться» общительной, «казаться» любящей, беспощадно отмечая отсутствие истинной потребности к общению и сопереживанию. Интересно проанализировать «среду существования души» этой шизоидной личности. Описываемые в психическом состоянии демонстративность одежды, молодежный стиль, элементы пирсинга, яркость макияжа меняли свое предназначение на протяжении жизни. Во времена отрочества и юности Татьяны это было маской, изобретенной талантливой натурой для сокрытия внутренней стены. Весь внешний вид и одежда пациентки как бы кричали: «Я — ваша», и кричали только затем, чтобы никто не догадался, насколько она чужая, иная, недоступная в своей душе постороннему проникновению. И она сама, будучи натурой богатой, писательской, раскрывала эту защитную функцию своего внешнего вида, своего поведения, способа вольного или невольного обмана окружающих людей. Вся среда обитания ее души вопила известными словами песни: «А чтоб никто не догадался, что эта песня о тебе». Если раньше ее внешность служила в качестве маски, закрывающей истинное душевное нутро Татьяны, то в последние два года наша больная переназначила свое внешнее выражение, одежду, макияж, косметику на роль сигнала, на роль окошка, через которое, говоря словами Лейбница или Гуссерля, монада души нашей героини желает установить связь с внешним миром, вступить с ним в диалог. При шизоидной психопатии нередко отмечается состояние, описываемое термином «анакоретство», при котором больные обособляются от окружающего мира, стремятся к безлюдным местам, избегают контактов с людьми. У нашей пациентки во внешнем поведении все как раз наоборот. Она не только не избегает людей, она с девятого класса заставила себя «казаться иной», стала внешне общительной девушкой, «завела себе подружек, чтобы ходить с ними на переменках». Вот только ее внутренний мир, ее самосознание и ее душевная деятельность находятся в позиции анакоретства к внутреннему миру других людей и всего остального человечества. У Татьяны, прямо как по тексту П.Б. Ганнушкина, накапливаясь в течение многих лет, внутренние противоречия и напряжение разрешаются внезапным аффективным разрядом и совершением истинной попытки суицида, по случайности не завершившейся смертью. Отсутствие перелома в истории жизни, отсутствие новых, несвойственных данной личности изменений в течение жизни, если можно так выразиться, «гармоничное» плановое развитие этой дисгармоничной личности отличают ее характер от постпроцессуального дефекта личности, исключают диагностирование болезненного процесса. Хотя это не делает переживания и само существование этой аномальной личности менее страдающим. Само обращение к психиатрам, выворачивание наружу своих глубоко спрятанных внутренних душевных переживаний есть, по сути, крик о помощи, есть объективное подтверждение ее слов о появлении время от времени желания жить. Итак, мы изучили феноменологию пяти типов личности, наиболее часто имитируемых психопатоподобными нарушениями других психических заболеваний.

Негативные синдромы

Не существует однозначного определения негативных синдромов и негативной симптоматики. В этом случае, как и во многих похожих, психиатры прекрасно понимают, о чем идет речь, описывают множество различных психических нарушений, но не могут дать точное определение их сущности. Несмотря на это, переходя к данной теме, мы должны определить для себя различия психопродуктивной и негативной симптоматики. В общем смысле позитивные расстройства — это нечто новое, ранее не свойственное нормальной психике человека, а негативные — потеря уже имеющихся нажитых свойств и качеств психики преимущественно на личностном уровне. Попробуем провести аналогию с соматическим заболеванием человека.

Перед нами пациент с гнойным отитом. Появление гноетечения из уха будет в нашем понимании продуктивным симптомом, ибо у здорового человека гной из уха никогда не течет. Больной до болезни имел хороший слух. После перфорации барабанной перепонки слух на больное ухо резко снизился — это будет негативный симптом как результат развития отита. Для лучшего усвоения сути разделения синдромов можно воспользоваться следующим художественным образом. По дороге идет путник и несет за спиной рюкзак. На пути встретился оригинальный камень. Он положил его к себе в рюкзак. Идет дальше, попадает консервная банка. Он посмотрел, она не ржавая, целая, в нее можно налить воды. Положил в рюкзак. Дойдя до конца своего пути, он принес полный рюкзак всякой всячины. Это и будут приобретенные предметы — позитивные расстройства. Тот же человек вновь пошел, но уже другим путем. В его рюкзаке во время привала мышка прогрызла дыру. Человек вышел с большим запасом еды, питья, предметов обихода. Из дырки в рюкзаке при ходьбе вываливаются различные продукты и предметы. Путник постепенно беднеет, теряет тот запас материальных ценностей, которые брал с собой в дорогу. Вот так и наш больной. Если на болезненном пути у него появляются галлюцинации, бред, депрессия, — это все примеры психопродуктивных нарушений - их не бывает у здорового человека. А вот если он начинает терять то, что раньше имел (память, волю, чувства, способность к общению, стержневые особенности своего характера и личности), — это и будут негативные расстройства. В данной главе будет приведено большинство описанных различными авторами и школами негативных нарушений, примеров из психиатрической практики. Негативные нарушения нередко являются финалом, итогом развития болезни. Само выделение Э. Крепелиным «преждевременного слабоумия» (*dementia praecox*) связано с введением гейдельбергским профессором в клиническую практику понятия «исхода» как необратимого финала выделенной им же болезни. По своей сути исход и был совокупностью нескольких негативных синдромов. Многие психиатры мира считают неправомерной диагностику шизофрении при отсутствии проявлений негативных расстройств, утверждая, что они являются центральными при шизофрении, а психопродуктивная симптоматика отражает декомпенсацию психической деятельности. Но если во времена Крепелина негативные состояния были необратимыми, то в наши дни, особенно после введения в клиническую практику атипичных нейролептиков, негативная симптоматика в определенной степени редуцируется. Это явилось даже одним из поводов возвращения к концепции единого психоза и проведению симпозиума на VIII Всемирном конгрессе биологических психиатров в 2005 г. под названием «Был ли Э. Крепелин прав?». Название этого симпозиума отражало и отражает сомнения психиатров в необратимости негативной симптоматики при шизофрении.

Клиническим фактом остается сочетание в ряде синдромов и симптомов проявлений и расстройств и психопродуктивного, и негативного спектра. Как, например, однозначно оценить аутизм? Или нарушения мышления при шизофрении? А если в ходе болезни личностные проявления не столько сглаживаются и стираются, сколько появляются черты характера, ранее не свойственные данному человеку? Скажем, не в виде бреда, а в качестве псевдопсихопатии появляются паранойяльные черты личности или шизоидные черты — нажитая шизоидность или нажитая паранойяльность? Мы вновь приходим к тому, что часто невозможно выделить, вылучить из «объемлющего», единого психического состояния человека какой-либо однозначный синдром или симптом.

В 1983 г. А.В. Снежневский опубликовал в своем руководстве «два знаменитых круга» — соотношения общепатологических позитивных и негативных синдромов и нозологических единиц. В этой главе нас интересует второй круг. Поскольку более гармоничную классификацию негативных синдромов найти трудно, мы попробуем пройти по окружности этого круга. Итак, вот перечисление негативных синдромов от легких до тяжелейших и конечных состояний: 1) истощаемость психической деятельности; 2) субъективно осознаваемая измененность «Я»; 3) объективно определяемая измененность личности; 4) дисгармония личности (в том числе шизоидизация);

5) снижение энергетического потенциала; 6) снижение уровня личности; 7) регресс личности; 8) амнестические расстройства; 9) тотальное слабоумие; 10) психический маразм.

Из представленных групп синдромов последние три финальных круга мы уже изучили. Необходимо вспомнить знаменитую теорию И.В. Давыдовского второй половины XX столетия об эквивалентности течения многих болезней. Суть ее очень проста, именно этот принцип интуитивно был положен Э. Крепелиным в основу выделения преждевременного слабоумия. Многие различные нозологические формы в своей динамике и течении приводят к одинаковому финалу, который Э. Крепелин называл конечным состоянием, а И.В. Давыдовский — эквивалентностью. И действительно, в своих терминальных и конечных состояниях многие органические заболевания мозга приводят к одному и тому же состоянию - психическому маразму. К дисгармонии личности приводят также многие варианты эндогенных психических заболеваний и даже некоторые пограничные психические расстройства. Итак, в первом круге рассматривается истощаемость (астенизация) психической деятельности. Она наблюдается при пограничных психических нарушениях, в частности именно это нарушение является стержневым при неврастении, а также при шизофрении, эпилепсии, любом органическом заболевании мозга. Если сказать образно, почти не бывает такого психического расстройства, где бы не встречалась истощаемость психической деятельности. Еще в 1910 г. К. Бонгоффер описал гиперэстетическое эмоциональное состояние слабости, т.е. астенический синдром после перенесенных соматогенно-обусловленных психозов или тяжелого соматического заболевания. Для него, по описанию К. Бонгоффера, характерны ощущение слабости, повышенной утомляемости, раздражительности, ослабление памяти и внимания, эмоциональная лабильность, непереносимость к сильным внешним раздражителям. Больные могут жаловаться на кошмарные сновидения. Если психическая астения при пограничных нарушениях понятна и проста, многими психически здоровыми людьми неоднократно испытана, то проявления астенизации при эндогенных психических расстройствах нам необходимо обсудить.

Андрей, 16 лет, учащийся девятого класса, отличник, победитель областной олимпиады по физике, сочиняющий небольшие четверостишия, стремится в своем лице объединить физиков и лириков, кумир девчонок своего класса. После летних каникул постепенно стал чуть хуже учиться. То не успеет выполнить домашнее задание, то не выучит часть главы из «Евгения Онегина», то напутает при ответе у доски. Ничем не болел, лето провел в деревне, на свежем воздухе. Периодически жалуется на головную **боль**, иногда на бессонницу. Нагрузка в том году в девятом классе не превышала обычной, установленной в течение многих лет в этой гимназии. Все показатели соматического здоровья - в норме. Все тестовые методики, исследующие память, внимание, также показывают норму. Однако к концу девятого класса стал изредка поговаривать, что нет желания готовиться к очередной олимпиаде.

Что мы видим в описании психической истощаемости у этого пациента? Беспричинность психической астенизации в смысле какого-либо соматического заболевания. Мы видим, хотя и не сразу, обязательное подключение компонента волевого снижения, снижения желания деятельности. Нередко налицо несоответствие между психической и интеллектуальной нагрузкой и обнаруживаемой истощаемостью и астенизацией. Плохо то, что такая астенизация проходит, как правило, мимо психиатра, она обнаруживается постфактум только при тщательном сборе анамнеза.

У Степана В., 17 лет, десятиклассника, обнаруживались астенизация и истощаемость психической деятельности при следующих обстоятельствах. В начале десятого класса он перенес обострение хронического пиелонефрита с длительным подъемом температуры до 38—39,5 °С. К началу второй четверти состояние нормализовалось, но он был вынужден решать по двадцать-тридцать задач по физике и математике ежедневно, так как перешел в профильный класс подготовки к учебе в вузе по специальности программиста. К концу второй четверти он стал плохо спать, появились раздражительность, **головные боли** в вечернее время, повышенная потливость. Снизилась успеваемость, отмечались случаи засыпания на уроках, пропуски занятий. Отдохнув на зимних каникулах в зимнем доме отдыха, он всю третью четверть вполне успешно учился. Исчезли головные боли, улучшился сон.

Второй пациент и его астенизация - очень понятны, объяснимы и легко диагностируемы как следствие перенесенного соматического заболевания и резко повышенной интеллектуальной нагрузки.

Симптом Феофраста

Субъективно ощущаемые изменения склада личности проявляются изменением жизненных позиций, мотивов своих поступков, изменением отношения человека к самому себе и окружающим друзьям и родственникам. Эти изменения человек на уровне рефлексии улавливает сам, но окружающие до поры не замечают этих перемен.

Владимир Сергеевич, 32лет, директор небольшого предприятия автосервиса, отличаясь скрытой акцентуацией личности, с отдельными чертами сенситивно-шизоидной структуры, после нескольких лет работы руководителем предприятия получил, по его словам, «отравление людьми», которые один за другим вызывали разочарование «предательством» своих коллег и начальника. В течение двух последних лет он стал замечать, как быстрое доверие к людям сменяется нарастающей подозрительностью, постепенным закрытием своего «Я» от коллег. При этом никто не замечал перемен. Владимира Сергеевича по-прежнему приглашали на вечеринки, журфиксы, чествования, просили рассказать очередной новый анекдот, спеть под собственный аккомпанемент на шестиструнке старый романс или модный шлягер. Только он один, наедине сам с собой, улавливал нарастающие перемены своего внутреннего мира, своей «улитки с торчащими глазками». Он считал эти изменения порождением неблагоприятной среды и «несовершенства человечества». И только спустя три года от «начала нового облечения» (так именовал свою собственную болезнь наш пациент) окружающие коллеги начали замечать объективноопределяемую измененность личности Владимира Сергеевича. Коллеги стали с удивлением обнаруживать пренебрежительные взгляды, которые наш пациент бросал то на одного, то на другого бывшего друга. Он мог на собрании или совещании грубо оборвать сослуживца, выставить на всеобщее посмешище своего преданного помощника, обвинив его вслух в предательстве интересов фирмы. Перестал посещать дружеские попойки. Стал ревновать жену к своему первому заместителю, пока еще находя «реальные подтверждения» едва заметному флирту. Составил договор с частной охранной фирмой, поставив у входа в офис двух бритоголовых с квадратными плечами. Один из коллег образно дал определение этим объективным изменениям: «Крыша еще не поехала, но Трансвааль накопил уже много снега, жди обвала».

Очень своеобразной дисгармонией личности является симптом Феофраста, описанный в 1982 г. В.М. Блейхером и Л.И. Завилянской, представляющий собой один из признаков изменений личности при старении человека. Если считать крайние варианты пубертантного криза преходящей возрастной дисгармонией личности, то симптом Феофраста можно также отнести к возрастной дисгармонии. Наблюдается данное состояние в возрасте 55—60 лет. Симптом проявляется в несвойственном возрасту поведении — повышенной активности, недостаточной самокритичности, оживлении интереса к модной одежде, стремлении и тенденции к завязыванию отношений со значительно более молодыми людьми, оживление сексуальных интересов, частое посещение танцевальных вечеров. Грубая сосудистая патология не выявляется. Симптом назван в честь Феофраста — философа Древней Греции, который в своих произведениях описал опсиматию, обозначающую не подобающее пожилому возрасту поведение человека [9].

Профессор кафедры научного коммунизма одного из крупных вузов, 59 лет отроду, примерный муж и отец, имеющий двух внуков и трех внучек, в течение нескольких месяцев настолько преобразился, что стал объектом пристального интереса парткома института. Сначала его заметили на студенческих вечеринках, куда он «забегал», дабы блюсти нравственность студентов. При этом поражал публику джинсами, только входившими в моду. В зимние каникулы он вдруг вознамерился сходить в лыжный поход по Южному Уралу, скрыв от семьи эту молодецкую удачу. В походе приударил за молоденькой студенткой, почти на сорок лет младше его. Пел песни, наигрывая на гитаре, удивляя младшее поколение знанием блатного фольклора. Судя по описанию свидетелей, настроение было ровным, спокойным, т.е. признаков гипомании не зафиксировано. По возвращении из похода расстался с молодой пассией и приударил тут же за аспиранткой соседней кафедры, чем вызвал немалый переполох в научном мире. На одном из заседаний ученого совета жених аспирантки публично назвал его старым козлом. Профессор тут же вызвал его на дуэль, предлагая в качестве оружия плевки друг в друга. Кто плевком первый попадет в противника, выиграет дуэль и потребует извинения у пораженца. Нет нужды констатировать, что первым же своим плевком помолодевший дуэлянт попал в лицо жениха. Нарушив правила дуэли, молодой человек подбежал к профессору и слегка шлепнул того по физиономии. Профессор упал и ударился головой о мозаично-бетонный пол холла. Лежа в палате травматологического отделения, он рассказывал соседям свою эпопею, доводя до колик в животе болезный люд.

В последние годы на телевидении, в СМИ появляется много сюжетов о необычном поведении наших эстрадных звезд и известных политиков. Многие из них разводятся с супругами после десятилетий совместной жизни, вступают в брачные отношения с очень молодыми партнерами, живут несколько лет, вновь расходятся. Очень необычно, подчас крикливо, одеваются, меняют не только образ жизни, но и стиль поведения на эстраде, в

публичных местах, исполняя несвойственный им ранее репертуар или высказывая необычные суждения. По всей вероятности, некоторых из них вполне можно зачислить в носители симптома Феофраста. Состояния, которые так или иначе можно квалифицировать как проявления дисгармонии личности, встречаются при самых разных психических нарушениях, но особенно показательны и важны нарастающие изменения и «искривление» стержня личности при эндогенных психических расстройствах. При этом не всегда возможно квалифицировать расстройство как целиком негативное, ибо на поверхности большого и глубокого озера, каковым является структура личности человека, то тут, то там появляется рябь — едва заметные психопродуктивные нарушения. Само же озеро постепенно зарастает тиной, мелеет. Вернувшийся в родные края путник не вдруг узнает в обмелевшем болоте когда-то прекрасное лебединое озеро.

Синдром юношеской философической интоксикации

Одной из самых своеобразных нарастающих дисгармоний личности является синдром юношеской философической интоксикации. Хотя большая часть исследователей относит его к психопродуктивным, в основе его все же не преобладание аффективных или идеаторных феноменов, а своеобразное видоизменение основного ядра личности, особенно при втором типе философической интоксикации — с преобладанием не сверхценного аффекта, а особого рода познавательной деятельности. В качестве предисловия к изучению данного состояния приведем отрывок из нашего первого пособия, которое может расцениваться как введение в психопатологию.

Так называемая юношеская философическая интоксикация — особый синдром шизофренического спектра, часто маскируется поисками смысла жизни. Сложность диагностики усугубляется еще и тем, что психиатры часто негативно, осторожно, что не всегда оправдано, относятся к этой вечной потребности человеческой души. Поиск смысла жизни и смерти — главные вопросы любой религии, любого человеческого бытия, как индивидуального, так и коллективного. И когда А. Блок спрашивает: «Не сходим ли с ума мы в смене пестрой придуманных причин, пространств, времен?», — это как раз и отражает непреходящую актуальность вопроса, мучительные попытки человечества дать ответ. Чем же Ваня, Петя или Сережа хуже Александра, пусть и с фамилией Блок? У подростков эта извечная потребность человеческой души формируется в виде транзитной метафизической интоксикации. Вспомним, что еще в 1834 г. русский психиатр П.А. Бутковский упоминал о таком явлении у юношей, как «суемудрие». Модели, известный английский психиатр, в 1870 г. писал, что юноша проходит через «приступ метафизики», как дитя переболевает корью. «Метафизическая интоксикация — это интеллектуальная активность, направленная на самостоятельное решение путем обдумывания вечных проблем — о смысле жизни, о предназначении человечества, об искоренении войны». И это — проявление возрастной нормы, в отличие от философической интоксикации как симптома эндогенного процесса.

Представляется, что поиски смысла жизни в контексте нашей профессии можно разделить на три группы. Первая — это действительные попытки человека понять, для чего он живет, для чего существует человечество. Вторая — это та самая философическая интоксикация как симптом психического расстройства. Третья группа — это изображение, игра, театр под названием «поиск смысла жизни». Мы должны согласиться с потребностью человека получить ответ на этот главный вопрос его жизни. Зачем я живу? Зачем мы все живем, зачем существует человечество. Тысячелетия человечество искало объяснение самым разным явлениям и событиям земного бытия. Нужно заметить, что в ответе на вопрос «как» и на вопрос «почему» оно довольно преуспело. Мы знаем, как функционирует атом и как в общих чертах существует Вселенная. Мы знаем, в какой последовательности и почему именно в этой последовательности происходит зарождение, проживание и смерть живого существа, в том числе и человека. Но человечество в лице его лучших представителей так и не смогло окончательно ответить на вопрос «зачем». Екклесиаст одним из первых пытался утверждать о бессмысленности борьбы человека за лучшую жизнь, бесплодности его труда и надежд. Авторы Библии устами этого проповедника сказали миру, что «все — суета суета», что «все уже было под солнцем» и «всему свое время». На смену Ветхому Завету приходит Христос с проповедями добра, непротивления злу насилием, с оптимистическим взглядом на человека и его судьбу. Но все две тысячи лет после него продолжается этот заочный спор о смысле жизни. Теорема, которую в юности рассудок пытается решить холодными математическими и философскими расчетами, незаметно перерождается в аксиому. Вот тогда-то, с высоты прожитой жизни, становится удивительным этот повторяющийся вновь и вновь процесс поиска смысла жизни, как непонятный поэту

«безумный, неизвестный и за сердце хватающий полет». Автор много лет назад прочитал Кобо Абэ «Женщина в песках», где истинный замысел художника, рисующего, с первого взгляда, бессмысленный, абсурдный характер жизни маленькой деревни, не сразу опознается читателем. Жители ночами, долгими часами, отгребая от своих лачуг песок, который днем снова заносит их жилища. Они живут в ямах из песка. Случайно забредший человек пытается всеми силами вырваться из песочного плена, но не может. Прошло много месяцев, человека перестали охранять, у него появилась возможность сбежать, но он не убежал, остался жить с этими людьми, обретая и согласившись с ними в их смысле жизни [36]. Доведение до абсурда смысла жизни этих людей использовано автором как афористический прием, вновь и вновь повторяющий довольно избитую истину: «Смысл жизни в самой жизни». Каждый постигает эту истину собственным путем, в том числе и довольно нередко через сизифов труд, на взгляд других людей, кажущийся нелепым, абсурдным. Почему мы долго обсуждаем этот феномен молодости? Психиатру нужно спокойнее и без психиатрического прищуря оценивать некоторые мучительные движения души, ибо каждый нормально мыслящий человек самим фактом своей жизни обречен хотя бы раз в жизни спросить себя: «Зачем?»

Философическая интоксикация

Философическая интоксикация многократно и замечательно описана в специальной литературе. Суть ее в бесплодных, бесцельных, многодневных, многомесячных чтениях, изучении общечеловеческих «вечных вопросов» или изучении таких вопросов, которые кажутся нашему больному как общечеловеческие. Школа А.В. Снежневского подразделяет философическую интоксикацию (называя ее, кстати, метафизической) на два варианта. Первый вариант нас интересует меньше, так как при нем преобладает сверхценное образование, определяющее выраженную аффективную заряженность, доминирование этого образования во всей психической жизни человека, сопровождаемая аутохтонными (внутренними, не зависящими от внешних воздействий) колебаниями аффекта. Этот вариант содержит в своей структуре большей частью психопродуктивный радикал. В контексте негативных изменений личности нас интересует, прежде всего, второй вариант — преобладание односторонней стойкой познавательной деятельности на протяжении нескольких лет, как правило, всего периода юности, что и является практически односторонней дисгармонией личности, при которой богатство оттенков, многоцветие черт личности человека постепенно сменяется гладким, узконаправленным бревном, «штурмующим ворота замка», внутри которого пустота. Большой, страдающий чаще всего малопродвинутой шизофренией, посвящает многие годы своей жизни поиску смысла жизни, своей или не своей, смысла существования Космоса, Вселенной, изучению нерешенных человечеством теорем, созданию вечного двигателя, поиску подтверждения телепатии, биополя, реинкарнации и т.д. и т.п.

Иннокентий Б., 18 лет, отличался на протяжении всего детства спокойным ровным нравом, послушностью, наличием художественного дарования. Воспитатели и учителя на протяжении всего детства, с 4 до 15 лет, не могли нарадоваться на ребенка. Кешу называли беспроблемным, родителям завидовали все знакомые и друзья. После 15 лет мальчик постепенно стал отдаляться от родителей и друзей. Но не замкнулся, не отгородился стеной от мира. В библиотеке сына родители заметили несколько альбомов Сальвадора Дали, около десяти книг по астрономии и космологии, два тома из сочинений Аристотеля. Сын долго не сообщал близким о своем новом интересе, но в десятом классе поведал, что стал изучать особую проблему, на что его толкнула одна из знаменитых картин С. Дали: «Геополитическое дитя, наблюдающее рождение Нового человека». Новый человек вылупливается из земного шара, который похож на мягкую оболочку, а не на скорлупу. Континенты мягкие и вот-вот стекут с этого яйца. Земля-яйцо так взбудоражила Кешу, что он начал изучать космологию. Через год больших усилий, сопровождавшихся уходом от обычных школьных программ, снижением традиционной успеваемости в школе, он и объявил родителям суть своих поисков. Он пытался постичь смысл похожести эллипсоидных орбит вращения планет солнечной системы на овальные эллипсы мужских яичек, женского яичника и яиц птиц. Почему, спрашивал он самого себя, все «зародышевое начало» имеет ту же форму, что и космические орбиты. Это не просто так, это имеет высший смысл. Несколько лет он изучал «Метафизику» Аристотеля, космологию И. Канта, астрономию современных ученых, черные дыры Вселенной, но никаких выводов, умозаключений так и не создал. Его поистине интересовал сам процесс, а не результат, и этим важным обстоятельством такая деятельность отличается от образования сверхценных или бредовых идей. При беседе он довольно туманно и неточно объяснял суть геоцентрической модели мироздания Аристотеля, не смог

раскрыть даже суть названия труда Аристотеля «Метафизика». Из Канта знал только термин «неуловимая вещь в себе», не обнаружив знаний по его космологии. Что касается главной задачи своих поисков, то кроме многократного повторения внешнего признака изучаемых предметов — эллипсоидности, ничего нового, в смысле того самого смысла, который он искал, наш Иннокентий не нашел. К двадцати пяти годам его интерес к эллипсоидности «зародышевых начал» постепенно угас. Он незаметно превращался в вершробена, о коем речь у нас впереди.

А вот демонстративное, подчас циничное, жонглирование поиском смысла жизни как снотворными таблетками, употребляемыми на глазах матери с целью уйти из жизни, чтобы тотчас вернуться. Молодой человек, который оповестил весь мир о бессмысленности своей жизни, как и всего человечества, о желании покинуть этот мир. На наш простой вопрос, как же мать переживет его безвременную кончину, с усмешкой отвечал: «А меня уже не будет, мне все равно». Попытки самоубийства были такими «смелыми», что их, кроме него самого, никто и не заметил. Он не мучился, он не искал, он не заглядывал в глубь своей души, как не поднимал, наверняка, свой взор на звезды и Вселенную. Он бросал врачам мячиком пас и требовал: «А вы докажите, что смысл жизни есть!» Но достучаться можно до думающей, ищущей головы и страдающего сердца. Когда же к тебе поворачиваются спиной и подставляют для размышления зад, увидеть на нем какие-либо колебания души, как известно, невозможно

Философическая интоксикация, пример

Приведем еще одно наблюдение, демонстрирующее философическую интоксикацию, наряду с другими негативными симптомами вялотекущей шизофрении.

Выписка из истории болезни.

Надежда, 19 лет.

Психическое состояние на момент осмотра: сознание не помрачено. На беседе входит с открытой улыбкой на лице, очень охотно отвечает на все без исключения вопросы, в том числе касающиеся весьма интимных: о дружбе, становлении женских признаков, привязанностях и чувствах. Сообщает, что в палате быстро сдружилась со всеми **больными**, помогала всем, и ей все сочувствовали. Пела им арии из опер, народные песни, романсы. Различала среди больных весьма толковых и ничего не соображающих. Но ко всем относилась, по ее словам, с сочувствием. Все виды ориентировки полностью сохранены. Понимает цель своего пребывания в психиатрическом учреждении и объясняет весьма откровенно мотивы своего поведения. Сообщает, что она добилась своей цели — повоспитывать преподавателей училища. При этом весьма широко улыбается, посмеивается и иронизирует по поводу реакции преподавателей на совершенный ею поступок. Считает, что своим заявлением об уходе из жизни наделала переполох, чего и добивалась. Эмоционально не всегда адекватна, парадоксальна, внезапно может засмеяться, затем огорчиться. Внезапные изменения внешнего настроения ничем не обусловлены. Сообщает, что вначале написала просто заявление об отчислении, но, когда секретарша спросила мотивы само- отчисления, «импульсивно» бросила ей в качестве причины «уход из жизни». Довольно инфантильно рассуждает о своих планах и будущем. Заявляет, что она построит в сельской местности обсерваторию с телескопом, в который будут наблюдать звезды ее дети, чем будет повышаться их духовный уровень и развитие. Считает, что муж нужен ей только для того, чтобы сделать детей и построить обсерваторию, ни о какой любви сейчас не думает и считает, что ей рано об этом размышлять. Считает, что спутником ее жизни должен быть прежде всего здоровый мужчина с атлетическим телосложением, умеющий пространственно мыслить. Уверяет, что всерьез интересуется философией, особенно почитает древнегреческую — Платона, Гераклита, Аристотеля, но кроме перевода слова «философия» как любви к мудрости не смогла сообщить о своих философских изысканиях. Об астрономии рассуждает с точки зрения красоты звездного неба, мелькания звезд, считая себя приверженцем и этой науки. На вопрос, зачем она обучается музыке, если ее интересами являются астрономия и философия, заявляет, что музыка, философия и астрономия — это одно целое. Приводит примеры «переплетения» музыки, философии и астрономии, ссылаясь на цитаты и якобы широко известные высказывания Пифагора. Сообщает, что она хорошо поет, быстро соглашается спеть и поет романс Нины из музыкальной драмы «Маскарад». Считает, что она должна жить в своем доме с мраморными стенами, парадной лестницей, по бокам которой будут установлены беломраморные скульптуры ангелов. Быстро уверила

врачей, что, продав квартиру за 500 тыс. руб., она сможет купить хороший дом в деревне за 200 тыс. руб. Категорически отрицает намерение покончить с жизнью и искренне говорит, что никогда бы ради матери такое не сделала. Многих учителей в школе считает садистами, приводит примеры, как учительница русского языка и литературы была учеников за неспособность расшифровать сложные буквенные обозначения. Серьезно заявляет, что ей необходимо принести в отделение виолончель стоимостью 1 тыс. долл. и заниматься. На вопрос, где она будет хранить такой дорогой инструмент, ничуть не смутившись, заявляет, «в палате». Несмотря на сетования по поводу снотворной таблетки, полтора часа напряженной беседы выдерживает спокойно, продолжая в интенсивном темпе отвечать на вопросы, рассуждать на довольно сложные темы. Себя психически больной не считает, но совершенно спокойно соглашается пребывать в больнице «столько, сколько потребуется», и только после заявлений матери о скорейшей выписке поддерживает свою мать и тоже просит отпустить ее.

Заключение: учитывая анамнестические сведения о становлении характера пациентки, особые интересы, весь уклад жизни и ситуацию с «запланированным» псевдосуицидом как попыткой воспитательного воздействия, комиссия приходит к заключению о наличии в психическом состоянии пациентки таких психических расстройств, как регрессивная синтонность, проявляющаяся в сокращении межличностной дистанции, свертоткровенности, наличии проявлений синдрома философической интоксикации, эмоциональной парадоксальности, элементов символического и амбивалентного мышления, что укладывается в клиническую картину шизотипического расстройства.

Психопатоподобный личностный сдвиг

В руководстве «Введение в клиническую психиатрию» Г.В. Морозова и Н.Г. Шумского дополнительно выделяются два вида личностного сдвига — стенический тип личностных изменений и психопатоподобный личностный сдвиг. При стеническом личностном сдвиге преобладают повышенная, не знающая утомляемости работоспособность, предприимчивость, уверенность в себе, настойчивость в исполнении желаний, устойчивость к отрицательным событиям и явлениям жизни. Стенический личностный сдвиг замечательно описан в романе В. Войно-веча «Монументальная пропаганда».

Будучи в юности искренне убежденной комсомолкой, верящей в идеалы построения светлого будущего, главная героиня романа к старости превращается в монстра с искривленно-фанатичной личностью, обожающей своего кумира, вождя всех народов. Нажатая паранойальность выражена настолько, дисгармония личности до такой степени вывернула эту увядающую женщину, что она чугунную статую вождя, весом почти две тонны, устанавливает в своей жилой комнате подобно почитателям буддизма, молящимся на статую Будды. В конце концов она погибает при пожаре под тяжестью свалившегося на нее кумира и проваливается вместе с чугунной болванкой вождя: «Сталин сдвинулся с места и пошел прямо к Аглае вместе с плитой, к которой был приварен. Аглая вдруг поняла, что он идет к ней, чтобы взять ее как женщину, и сама воспылала безумной ответной страстью. Она приподнялась на подушке, растопырила худые руки и ноги в разные стороны, всю себя растопырила и сказала тихо, но страстно: «Иди ко мне! Ну, иди, иди, ну иди же!» Уже чугунный затылок почти коснулся пола, но неведомая сила удержала его, подняла, выпрямила, подбросила к потолку, опустила на место. Он опять задрожал, задрожал и с криком «Сердце красавицы!» обрушился на Аглаю, и она приняла его всем своим растопыренным телом ... гремели взрывы, звенели стекла, ломались, стукались, корежились балки потолочного перекрытия, внутри Аглаи что-то хрустело. Она не поняла, что это хрустят ее же кости» [12].

Психопатоподобный личностный сдвиг встречается очень часто, при самых различных психических заболеваниях. Поэтому мы были вынуждены вторгаться в частную пограничную психиатрию, чтобы понимать клинические проявления личностной патологии. Название отражает содержание данных нарушений. Они подобны проявлениям психопатий, но не являются нозологической личностной патологией. Они — личностные маски, надетые на совершенно иные по этиологии и патогенезу психические заболевания. Если при органических заболеваниях головного мозга психопатоподобные нарушения довольно простые, легко определяются и соотносятся с клиническими особенностями тех или иных личностных типов, то психопатоподобные нарушения при шизофрении — чрезвычайно сложные, чаще всего мозаичные.

В главе «Генеалогические исследования» мультидисциплинарного исследования «Шизофрения», выпущенного под ред. А.В. Снежневского в 1972 г., описаны особые типы личности среди близких родственников больных шизофренией, которые ближе всего стоят к психопатоподобному личностному сдвигу. По мнению Р. Шнейдера, среди близких родственников больных шизофренией встречается большое число «странных» людей, но почти никто из них не обнаруживает социальной неполноценности. «Их уважают за честность, скрупулезность и трудолюбие, однако предпочитают не вступать с ними в контакт, так как окружающие замечают, что они «особенные», словно живут в другом мире. Их педантичность и пунктуальность вызывают антипатию у окружающих. Эти «здоровые» обладают большим количеством особенностей и странностей. Психиатр обнаруживает у них черты, напоминающие изменения личности у больных шизофренией в состоянии ремиссии. Во многих работах, которые посвящались описанию отношений матерей и детей в семьях родственников больных шизофренией, особенно часто описывалась личность «сверхпротективных матерей» [61]. Они занимают в семьях доминирующее положение; отец обычно инфантильный, пассивный, устранившийся от всего на свете. Именно о таких женщинах имеется блестящий афоризм Юзефа Булатовича: «Не задумывайся о том, кто в семье главный - она или ты. Лучше тебе этого не знать». Сверхопека таких матерей проявляется в чрезмерной собственнической всепоглощающей любви, в чрезмерном вмешательстве в отношения ребенка с другими детьми. Некоторые, наоборот, проявляют холодность, безразличие и отдельные садистические тенденции в отношении своего ребенка. Эти исследования дали повод ввести понятие «шизофренногенной матери». Все исследования обнаружили накопление в семьях больных шизофренией лиц с заметными характерологическими сдвигами, выраженными аномалиями характера, прежде всего шизоидного спектра, и в обыденной жизни они узнаются по недостатку эмоциональности, отгороженности, отсутствию социальных контактов. Представляем пример из жизни семейного окружения больной девушки, 22 лет.

У Светланы Г., студентки филологического факультета университета, имеется две сестры — 28 лет и 16 лет, отец — 52-летний главный инженер одной процветающей частной фирмы и мать, 49 лет, педагог одного из колледжей большого города. Светлана перенесла уже два приступа эндогенного психического заболевания, первый из которых характеризовался острым бредом интерметаморфоза с кататоническими включениями (абортивный вариант неразвернувшегося онейроидно-кататонического приступа); второй приступ был чисто аффективным, депрессивным. Девушка находится в течение последних полутора лет в ремиссии астенического типа. Отец — мягкий, добродушный человек, руководит большим коллективом, на работе пропадает дни и вечера, общительный, отзывчивый и довольно откровенный. Будучи на производстве руководителем, принципиально занимает позицию абсолютного нуля в семье. Самой любопытной фигурой семейного окружения Светланы является, несомненно, ее мать, которую отец именует не иначе, как «мамочкой». Мамочка держит все семейство в железных рукавицах, превратив дом в казарму школы прапорщиков. Многие годы вся семья встает и ложится по звонку будильника, все вместе делают утреннюю гимнастику, все бегают по улицам в любую погоду, пьют ежедневно чай с лечебными травами. Мамочка всех трех дочерей «безумно любит», многие годы каждую из них встречала и провожала из школы, техникума, филиалов вузов. Старшая и младшая сестры нашей пациентки, по требованию матери, приводили в дом своих парней, которым устраивалась «проверка на вшивость». Мамочка, являясь педагогом, считая себя профессиональным психологом, тестировала «будущих зятьев» по собственной методе. Она предлагала им находить вариант выхода из конфликтной ситуации, которую сама же изобретала, сама же исполняла и сама же оценивала. Если «жених» принимал сторону будущей невесты или будущей тещи, он объявлялся негодным. Испытание прошли только те, кто находил третий, нестандартный выход. Дочь могла продолжать дружбу только с тем юношей, который был одобрен семейным матриархатом. Мамочка долго не могла смириться с тем, что средняя дочь заболела. В течение года лечила ее собственными методами; только после попытки суицида, едва не закончившегося трагически, обратилась к врачам. Каждое назначение не просто оговаривалось, добивалось не просто «информированное согласие», а перепроверялось двойным перекрестным методом — консультацией сторонним психиатром (чаще из другого города) и сборной аннотацией из трех-четырех литературных источников. Приходя на беседу с врачом, часто начинала так: «Ну, вот что я Вам сейчас скажу...» Далее следовал набор ценных указаний по поводу дальнейшего лечения. Удивительным является то обожание, с которым относились и муж, и дети к своей «мамочке».

Негативные расстройства при шизофрении

Нажитая шизоидизация личности как один из вариантов дисгармонии проявляется прежде всего в нарастании аутизма, но уже как результата текущего болезненного процесса. И мы сейчас переходим к основным негативным расстройствам, наблюдающимся при шизофрении, без знания и констатации которых невозможна диагностика этого заболевания в рамках доказательной медицины.

К дисгармонии личности и падению энергетического потенциала относятся те негативные расстройства при шизофрении, которые с начала XX столетия пытались описывать многие авторы в поисках «основного расстройства при шизофрении». И первое негативное расстройство, одно из самых загадочных, но очень часто встречающихся при шизофрении, ставящее как бы печать принадлежности к главному психическому заболеванию, - аутизм. При этом психиатр должен отличать аутистическое мышление и аутизм как негативное расстройство. Под аутистическим мышлением мы должны понимать, как и Е. Блейлер, особую форму мышления с присущими ему психологическими механизмами и встречающуюся действительно и у здоровых, и у больных [8]. А вот в разделе, посвященном деменции при шизофрении, Ясперс описывал особые изменения личности у хронических обитателей психиатрических больниц: «У всех шизофренических личностей есть нечто такое, что ставит нашу способность к пониманию в тупик: странность, чуждость, холодность, недоступность, ригидность; эти признаки очевидны даже в тех случаях, когда больные ведут себя вполне разумно. Нам может казаться, что мы не лишены способности к пониманию предрасположенностей, максимально далеких от наших собственных; но при непосредственном контакте с больными шизофренией мы ощущаем некую не поддающуюся описанию лаку-ну» [79]. Исключительно точное описание ощущений и чувств врача при общении с аутичным больным. Но в той же работе Ясперс, проводя параллель между понятием «эмоциональной тупости» старых авторов и аутистическим мышлением Блейлера, соглашается с последним в оценке сути феномена аутизма именно как проявления измененного мышления. Между тем, если оценивать личность аутичного больного как нечто более-менее целостное, то несомненно, что изменение мышления — только небольшая часть феномена и исчерпываться аутистическим мышлением аутизм больных шизофренией не может. Под аутизмом обычно понимают уход в мир собственных внутренних переживаний человека, уход душевный, отгораживание человека от окружающих его людей непробиваемой стеной, установление непреодолимой дистанции между аутистом и остальными людьми, включая и самых близких. При этом человек может продолжать жить в том же самом доме, той же самой комнате, с теми же близкими и родными людьми. В доме поселился квартирант. Так часто отзываются о больном с аутизмом. Появление и нарастание аутизма может сопровождаться изменением так называемой «среды существования души», о которой писал К. Ясперс в своей психопатологии. Человек не только душевно, но и физически отделяет себя от мира. Он может в квартире поставить гипсокартонную стенку, отгородиться шкафом, ширмой, установить камеру наблюдения за общим коридором, чтобы не вылезать из своего угла при появлении непрошенных гостей. Если учесть, что для него непрошенными являются почти все, то пребывание в этом углу становится основной формой жизни. На коврике у кровати могут висеть непривычные для обычного жилища копии малоизвестных картин Босха, Дали, Пикассо, сразу же придающие этому аутистическому островку несколько зловещий характер. Рядом с журнальным столиком могут располагаться альбомы с засушенными трупиками насекомых, коллекцией старых трамвайных билетов. У одного пациента имелась коллекция аккуратно вырезанных листочков бумаги с засушенными плевками жителей дома. Назначение такой коллекции он не мог объяснить никому.

Один молодой человек, отгородившийся от мира внутрикомнатной стенкой, устроил нечто вроде переговорного устройства, через которое поддерживал связь в случае необходимости с обитателями квартиры. Стенка представляла собой двойную деревоплиту, в которой в полутора метрах от пола было вырезано окошечко в виде маленькой форточки. Мать больного, желающая с ним поговорить или позвать, стучит маленьким кулачком в стенку. Форточка приоткрывается, появляется осунувшееся лицо сына и молча взирает на мать. Мать протягивает тарелку с супом, сын молча забирает ее, уносит внутрь своей каморки и в одиночестве ест. Жуткая картина, напоминающая общение надзирателя с камерником-смертником.

Строчка известной песни В. Леонтьева «Я — одинокий бродяга вселенной» как нельзя лучше передает суть аутизма.

В одном из многоэтажных домов полумиллионного города живет семья. Отец и мать удивительно похожи. Немногословные, нелюдимые, всегда вежливо встречают соседей, здороваются. Сын с пятнадцати лет болен шизофренией. Наряду с другими психопродуктивными нарушениями у него отчетливо выявляется аутизм. Он месяцами и годами не выходит из своей квартиры. Встречаясь случайно с соседями, он не смотрит на человека, отворачивает голову в сторону, молча проходит мимо. На вопросы, задаваемые ему соседями, только что

поселившимися в доме и не знающими молодого человека ранее, он не отвечает. О чем-то сосредоточенно думает, иногда что-то бормочет про себя. Он настолько погружен в свой внутренний мир, свои переживания, что отец одной из девушек, проживавшей в том же подъезде, только спустя 13 лет после окончания школы дочерью вдруг узнал (как, впрочем, и сама девушка), что наш пациент был влюблен в нее. Все тринадцать лет он вместе с другими своими переживаниями носил в своем сердце и душе чувство влюбленности к соседке, не посвящая никого в свои переживания. Сестра этого юноши, не будучи психически больной, внешне ведет себя еще более отчужденно. Как каменная статуя она проходит мимо сидящих на скамеечке во дворе бабушек. Если бы это была не девушка, а мужчина, можно было словами поэта описать появление этого человека, как посещение мира людей «каменным гостем». Проходя мимо этой девушки, поздоровавшись с нею, соседи слышали еле-еле произнесенное «здравствуйте». Ни единым мускулом лица, ни движением бровей, ни взмахом ресниц, ни интонацией, ничем «каменная гостья» не выражала своих чувств. За двадцать лет проживания в одном доме с девушкой пожилой мужчина, поведавший эту историю, ни разу не услышал от нее ни одного иного слова, не увидел ни одного лишнего движения. Девушка, проходящая по двору, соблюдала невероятно огромную дистанцию между собой и всем остальным миром. Она где-то работала, довольно прилично одевалась, была всегда подчеркнута аккуратна.

Эта девушка целиком подпадала под определение, даваемое в мультидисциплинарном исследовании шизофрении: «сестра шизофреника». Для нас же это - пример выраженной дисгармонии личности, по этиологии являющейся патосом, врожденной особенностью личности, по содержанию — медленно нарастающей ее аутизацией.

РЭП. Редукция энергетического потенциала

Понятие РЭП (редукции энергетического потенциала) возникло не сегодня и не вчера. В 60-70-х годах прошлого столетия казалось, что мы имеем дело с открытием московской психиатрической школы, описавшей РЭП. Оказывается, что начало выделению этого состояния как одного из основных негативных нарушений при шизофрении положил еще Берц, описавший в 1914 г. гипотонию сознания. Он отметил недостаточную активность личности, обеднение, редуцирование содержания личности. Нарушение переживаний у больных шизофренией выводилось им из снижения сознания до уровня, который был, по его мнению, ниже нормального бодрствующего состояния сознания. В 1929 г. H.W. Grule описал синдром расстройства побуждений, который он рассматривал как проявление первичных нарушений активности и как основное расстройство при шизофрении. К этому нарушению он относил бедность побуждений вплоть до ступора, амбивалентность и шперрунги. При этом Г. Груле бедность побуждений не относил к патогномичным признакам шизофрении, а вот амбивалентность и шперрунги считал именно таковыми. Наконец, в 1958 г. K. Conrad описывает РЭП. Он понимал под этим редукцию психической активности и продуктивности, невозможность активно пользоваться имеющимся у больного жизненным опытом. Основными симптомами РЭПа К. Конрад считал стойкое снижение активности и работоспособности, сужение круга интересов, побледнение и стирание черт индивидуальности, повышенную утомляемость и раздражительную слабость, нерезко выраженные дисмнестические расстройства, т.е. в авторском исполнении в РЭП включалось многообразие негативной симптоматики.

После издания первого мультидисциплинарного исследования по шизофрении под ред. А.В. Снежневского РЭП именовался представителями московской школы зачастую как падение энергетического потенциала. В 1976 г. Губер (Huber) высказал мнение, что «чистый РЭП является основным шизофреническим процессуальным синдромом, что это есть органическое ядро резидуальной шизофрении, и в этом состоянии кроется причина необратимости исходных состояний при шизофрении». Итак, под этим названием фигурирует часто наблюдаемый феномен, когда больной, имея определенный (подчас довольно большой) запас знаний, жизненных навыков, умений, официальных дипломов и сертификатов о полученном образовании, профессии, должности, реализовать эти знания, умения и навыки в практической жизни не может. Это негативное расстройство претендовало на статус описательного. Суть его в том, что Берц, Г. Груле, К. Конрад и иные ученые устанавливали в течение всего XX столетия — в падении, уменьшении, снижении жизненной активности, жизненного тонуса человека. Рассмотрим несколько примеров пациентов с проявлениями РЭП.

Пациент М. Б. Ему сейчас 48 лет. Когда-то в молодости он окончил институт, великолепно играл в шахматы, став кандидатом в мастера спорта. В течение 25 лет болезни он постепенно терял прежние завоевания. Сначала расстался с работой, потом перестал участвовать в регулярных соревнованиях по шахматам. Став инвалидом, пролеживал дома месяцы и годы. Лет десять тому назад был определен в дом-интернат для психохроников, так как семьи не имел, родственников тоже. Свои шахматные познания использовал изредка. Навещая его в доме-интернате, автор этих строк не раз получал блестящие маты и вместе с ними эстетическое удовольствие от игры. Одновременно с улучшением материальной базы интерната, улучшением условий содержания пациентов, там был выстроен и создан маленький шахматный клуб, совмещенный с библиотекой. М. Б. играл с сотрудниками, с больными и недавно стал чемпионом по шахматам среди инвалидов республики.

Как видим, сами по себе знания и навыки у М. Б. не исчезли, но он в силу развития РЭПа перестал их реализовывать. Второй наш замечательный пациент, Н. Б., несколько лет назад умер.

В конце 70-х годов он поступил в медицинский институт. Заболел на четвертом курсе института. Учиться дальше не смог. Довольно быстро был инвалидизирован. Множество раз лечился в психиатрическом стационаре. По натуре это был довольно мягкий, интеллигентный человек. Правда, это не мешало ему изредка побивать мать. Но, встречаясь с врачом, он неизменно смущенно улыбался, приветливо кивал и приподнимался на постели. Через 20-25 лет после прекращения его учебы в институте однажды при обходе с молодыми врачами мы захотели побеседовать с ним как раз для того, чтобы рассмотреть проявления РЭПа у конкретного больного. Он приветливо встретил нас, раскланялся, тут же начал смущенно оправдываться, что маму не бил. Поговорив на дежурные темы, мы поинтересовались у Н. его медицинскими познаниями. Он, не задумываясь ни на минуту, тут же начал отвечать на вопросы о признаках острого живота, пневмонии, воспалительного процесса любой локализации, анализах крови, биохимических показателях. Он вспоминал некоторые знания из гистологии, патологической анатомии, физиологии. Единственной деятельностью, связанной с медициной, за все прошедшие годы была работа санитаром в течение одного-двух лет после ухода из института.

Таким образом, спустя 25 лет после прекращения учебы в институте пациент сохранял в памяти многие и многие полученные тогда знания, но использовать их в практической деятельности не мог.

Один из известных нам больных, длительность заболевания у которого уже приближается к пятидесяти годам, когда-то учился в металлургическом институте.

Заболел в 19 лет. Заболевание первые годы протекало довольно прогрессивно. Он был инвалидизирован, многие годы провел в доме-интернате, откуда в возрасте 39 лет был взят родственниками. Сначала состояние было очень тяжелым. Больной был неопрятен, мочился и испражнялся в постели. Утратил навыки общежития. Постепенно, в ходе длительной терапии и ухода родственников, состояние улучшилось. В течение последних 20 лет в стационар не госпитализировался. Одно время даже работал в ЧП, выполнял несложную работу типа курьера. Довольно живо стал интересоваться политикой, новостями, телепередачами. Недавно перед телемостом с Президентом РФ он послал вопрос о его встречах с Дж. Бушем. Каково же было удивление близких родственников, когда в один прекрасный день на их адрес приходит заказное письмо из МИДа, адресованное нашему пациенту. В письме весьма подробно заведующий отделом Северной Америки МИДа рассказывал интересующемуся политикой человеку о встречах В.В. Путина и Дж. Буша.

Как мы видим, полученное в детстве и юности образование на протяжении десятков лет было неостребованным, РЭП на многие годы наложил отпечаток на личность пациента. Но сам по себе «энергетический потенциал» в своей основе никуда не исчез. До определенного времени он оставался нетронутым. Постепенная стабилизация процесса привела к частичной расконсервации потенциала, несколько опровергая выводы Г. Губера о необратимости РЭПа.

Аутизм наизнанку, или регрессивную синтонность

Следующим вариантом нажитой дисгармонии личности, в рамках негативных расстройств при шизофрении, мы рассмотрим аутизм наизнанку, или регрессивную синтонность. Первое название удивительно точное, ибо регрессивная синтонность — это вывернутый наизнанку аутизм, противоположный ему антипод, парадоксальное отсутствие дистанции при общении между больным и остальными людьми. Внешне он выглядит

как некая разухабисто-свободная раскованность, общительность и открытость сверх всякой меры. В основе ее — отсутствие эмоциональных тормозов, тонких эмоциональных сдержек и противодействий. Если при аутизме больной посадил себя в «ракушку», «заковал» в непроницаемый для посторонних замок, то при регрессивной синтонности, говоря образно словами одного аллегорически мыслящего психиатра, он показывает всему человечеству свою голую задницу. Дело заключается не только в свехоткровенности, раскрытии своих интимных внутренних переживаний. Аутизм наизнанку может распространяться на мысли, суждения, общение, поступки человека. Вот, пожалуй, с поступков и начнем.

Девушка 20 лет, студентка элитарного вуза. Изменения личности у нее произошли незаметно и не сразу. Во время прогулки на природе с малознакомым молодым человеком, преодолевая препятствие, взбирается на 2-метровый забор, опережает парня и, задрвав подол платья, дабы не мешал, демонстрирует ему черные плавки. Она вовсе не отличается легким поведением, наоборот, довольно сурово относится к выбору друзей. Она просто не считает показ нижнего белья чем-то нескромным.

За кулисами сцены Дворца культуры студенты, готовясь к выступлению на конкурсе современного танца, переодеваются в танцевальные костюмы. Группки девушек и юношей обособились в кучки и повесили между собой простыню. Один студент того же возраста, того же курса, что и остальные, не желая находиться в тесноте, вышел из-за импровизированной ширмочки и со словами, что ничто человеческое ему не чуждо, сначала снял с себя брюки, семейные трусы, а затем натянул на голое тело припасенные заранее плавки и танцевальное трико. О беспардонности этого студента ходили и раньше разговоры, но после этого случая большая часть группы стала сторониться юноши, чем сильно удивила его самого.

Одиннадцатый класс городской школы перед выпускным вечером решил совершить турпоход. Перейдя на противоположный берег большой реки, ребята расположились лагерем в лесочке, недалеко от берега. Купались, загорали. Утром, когда все проснулись и потянулись к речке, Гоша П., 17 лет, раздевается до плавков, берет кусок мыла и, дойдя до пояса, начинает мыться. Сначала тщательно натирает мылом подмышки и споласкивает их, затем спускает плавки и стоя к берегу голым залом, намыливает мылом интимные места, в отношении которых обычные люди осуществляют туалет наедине с собой. Через полгода после данных событий юноша был госпитализирован с экзацирбацией эндогенного процесса.

Конечно, необходимо отличать аутизм наизнанку от обычной распущенности или «свободы нравов». На наш взгляд, отличие заключается в том, что распущенный человек осознает и понимает отличие своих поступков от общепринятых норм, сознательно совершает их, а больной с регрессивной синтонностью искренне полагает, что ведет себя в пределах нормы и недоумевает над реакцией окружающих.

В опубликованной только что книге Б. Соколова «Тайны Мастера и Маргариты» приводятся показания одного из подручных Г.И. Бокия, близкого соратника Ф. Дзержинского и Г. Ягоды, тех самых, у которых, согласно общепринятой морали и требований общества к чекистам, должны были бы быть «чистые руки, горячее сердце и холодный ум». Понимая всю безнравственность создаваемой им, Бокием, «Дачной коммуны», он тем не менее завел следующие порядки: «Правила эти сводились к следующему: участники, прибыв под выходной день на дачу, пьянствовали весь выходной день и ночь под следующий рабочий день. На даче все время топилась баня. По указанию Бокия, после изрядной выпивки партиями направлялись в баню, где открыто занимались групповым половым развратом..., пьяным намазывали половые органы краской и горчицей. Спящих же в пьяном виде хоронили живыми». Другой член коммуны сообщает на допросе: «Каждый член коммуны обязан был «за трапезой» обязательно выпить первые пять стопок водки. Обязательным было также посещение общей бани мужчинами и женщинами. В этом принимали участие все члены коммуны, в том числе и две дочери Бокия. Это называлось в уставе коммуны — культом приближения к природе. Участники занимались и обработкой огорода с обязательным пребыванием мужчин и женщин на территории дачи в голом и полуголом виде...» [63].

Чем же отличается описанный разврат от аутизма наизнанку? Во-первых, это — несомненно, явление социальное, а не биологическое, не болезненное. Во-вторых, все участники этой «Дачной коммуны» прекрасно осознают, т.е. критически относятся к своему поведению и держат сведения о своей коммуналке в тайне, и только в ходе великой чистки дают показания об истинном лице руководителей ЧК. В отличие от них, наши пациенты с регрессивной синтонностью искренне полагают, что не совершают ничего противоправного, безнравственного, неправильного и очень удивляются реакции окружающих людей на их действия. Так, маленький ребенок, лет 3—4, спокойно снимает штанишки на автобусной остановке и оправляется на глазах у людей, не подозревая, что совершает нечто не принятое в цивилизованном обществе. У Э. Крепелина есть замечательный пример, когда он

описывает водителя автобуса, который в середине рейса остановил машину, разулся, повесил носки на радиатор, сел на тротуар, закурил и заявил пассажирам, что он имеет право на отдых. В одном маленьком примере опытный взгляд гениального психиатра фиксирует сразу и аутизм наизнанку, и эмоциональное снижение, и начинающийся РЭП.

В купе поезда следуют до станции назначения две девушки, молодой парень и бабушка. Парень весь день и вечер развлекал своих соседей по купе рискованными анекдотами, которые девушки и бабуля слушали, опустив головы в пол. Сам парень при этом отнюдь не смеялся и не выглядел радостным. К вечеру он начал долгий рассказ о своих «победах над женским полом», приводя во множестве подробности своей интимной жизни. Его рассказ чем-то напоминал путеводитель по иллюстрированному изданию «Камасутры». Собеседники время от времени высказывали из купе с покрасневшими лицами. К концу дня он повествовал только бабушке, которая мирно посапывала, повернувшись лицом к стенке купе. Ближе к ночи парень, расположившись на верхней полке, почитывал какую-то книжку и довольно регулярно громко портил воздух. На замечание бабушки: «Кончай газовую атаку, ишь, мотоцикл — распукался», — наш пациент спокойным ровным голосом ответил: «Врачи советуют не удерживать кишечные газы, это вредит здоровью».

Синдром дрейфа

Нередко регрессивная синтонность обнаруживается внезапно, как гром среди ясного неба, поражая давних знакомых, друзей и коллег больного.

На корпоративной вечеринке по случаю защиты диссертации сотрудника отдела НИИ один из его друзей в самом начале потока поздравлений, будучи абсолютно трезвым, встал и сказал тост: «Выпьем за то, чтобы все, впредь трахнутые Васей бабы, испытывали такой же бурный оргазм, как сам Вася при защите своей диссертации». В гробовом молчании он опустил свой бокал с грузинским вином и с удивлением оглядел молчаливый зал.

В психиатрическом стационаре мы нередко встречаемся с аутизмом наизнанку, не всегда должным образом оценивая сей феномен.

Во время вечернего обхода женского отделения молодая женщина, лет тридцати, бросается навстречу дежурному врачу, повисает на нем и, отираясь головой о его плечо, жеманно говорит: «Ну отпусти меня домой, милый, я уж совсем здорова, ну отпусти, что тебе стоит!» Она называет пожилого врача на «ты», она повисает на нем, как очень близкая подруга, она именует его милым, улыбается ему. И все это вне какого-либо болезненного повышения или изменения настроения.

Аутизм наизнанку нередко высовывает свою болезненную мордочку в поэтических и иных произведениях искусства. Так, например, один новомодный поэт со сцены студенческого театра миниатюр читает следующее гениальное творение: «Я - тонкострунный новый Мэн, Останкинскую башней, мой импульсивно-странный член без мозга строит шашни». Эти вирши могли бы сойти за крик моды нового течения в поэзии, если бы не сопровождение слов руками поэта. Он левой рукой удерживал листок со своим произведением, а правой рукой показывал зрителям, где именно искать его личную Останкинскую башню. Как выяснилось впоследствии, поэт реже, чем это требовалось по его состоянию, посещал своего врача в диспансере.

Синдром дрейфа. В руководствах по психиатрии не определяется сущность данного состояния, дается лишь его описание. При дрейфе больных мотает по жизни, как щепку в ручье, куда повернет течение, туда и поплывет щепка. Куда закинет судьба, тем и будет. С какой компанией свяжется больной, тут же усваивает ее привычки. Человек превращается в пластилин, то и дело меняющий форму вылепленной чьими-то руками игрушки. Суть этого состояния — в болезненной пассивности, в исчезновении доболезненного ядра личности, устойчивого стержня. Мы уже раньше писали о том, что дрейф необходимо дифференцировать с неустойчивой личностью, в рамках психопатии, с тем, что в народе именуется «несамостоятельным человеком». Слабовольный человек — мягкий воск в руках судьбы и более сильных личностей, «шестерка» по своей врожденной натуре. Дрейф же есть приобретенная, нажитая дисгармония личности, есть результат болезненного излома.

Юноша в 17 лет вошел в состав райкома комсомола. Интеллигент, воспитанник семьи с давними традициями, дворянской родословной. Отличаясь высоким интеллектом, неплохой работоспособностью, вскоре был назначен вторым секретарем райкома. Славился ораторским искусством, неизменно побеждал в словесных дуэтах с

«мракобесными попами». В возрасте 19 лет беспричинно начал прогуливать учебу, изредка попивал. Этот период в его жизни совпал с крушением коммунизма в стране, роспуском КПСС и ВЛКСМ. Оказавшись без работы, с полгода болтался на улице, познакомился с группой «братков» из близлежащих домов. Стал много пить, появились временные подружки, дважды привлекался к уголовной ответственности, но отделялся легким испугом, получив 2 раза наказание условно. Слыл среди братков «профессором», умел уболтать кого угодно, оправдывая совершение кражи с «философской точки зрения» как победу справедливости. В 21 год, будучи на кладбище при посещении могилы деда, случайно познакомился с группой странных девушек и юношей. Те ходили между могилами и помечали кресты какими-то знаками. Новые знакомые оказались сатанистами. Через неделю, прочитав несколько книг и прослушав пару дисков, влился в эту группу, стал посещать сборища, истово исполнять предписанные обряды. При встрече со старыми знакомыми удивлял их своей новой лексикой и взглядами. Бывшие комсомольцы, впрочем, как и братки, шарахались в стороны, услышав многословные убеждения в скором приходе сатаны, примеры распада духа общества и душ современных людей. Был привлечен к уголовной ответственности за осквернение могил, несколько месяцев провел в изоляторе, где познакомился с парнем-пацифистом, доставленным туда на пару дней за злостное уклонение от службы в армии. Спустя три дня после длительной беседы с сокамерником стал молиться Христу, разучил тексты и мотивы новых песнопений. Родственники не узнали вернувшегося из тюрьмы через пять месяцев сатаниста. Благообразная речь, молитвы несколько раз в день. Убедительные речи о том, что бог должен быть в сердце, что иконы и церкви противоречат Христу. Обращаясь к бывшим браткам, призывал их пожалеть души ближних, простить врагов и подставить левую щеку, когда бьют по правой. Эти речи, воспринимаясь братками и друзьями-комсомольцами как совершеннейший бред, пугали их больше, чем сатанинские взгляды. Бывшие друзья крутили пальчиками возле виска и выносили свой вердикт: «Крыша поехала у пацана».

К сожалению, они были значительно ближе к правде, чем сами подозревали. Весь кусок этой молодой жизни и был классическим дрейфом, плаваньем по ручью жизни, часто меняющему направление.

Дефект личности типа Фершробен

Дефект личности типа Фершробен. Наиболее характерным для данного вида негативного расстройства является патологическая аутистическая активность, о которой в 1927 г. писал Минковский. Отрыв от действительности, забвение прошлого жизненного опыта и практики сопровождается вычурными, нелепыми поступками, чудаковатым поведением. Больной не понимает, что ведет себя неадекватно, сообщает о своих поступках, действиях, привычках как о чем-то само собой разумеющемся. Больные удивляются, что слышат среди друзей и родственников чужаками, не от мира сего. Психическое состояние накладывает отпечаток на их жилище, которое обычно захлавлено старыми вещами, неухожено, как и сам больной, игнорирующий правила личной гигиены и общепринятые нормы проживания с другими людьми, т. е. «среда существования души» (К. Ясперс) демонстрирует болезнь души. Во внешнем облике обнаруживаются диспластичность, угловатость движений и манер. Нередка грубая эмоциональная опустошенность, развитие аутизма наизнанку. В монографии Жана Грабе «История шизофрении» приводятся интересные рассуждения Е. Блейлера о так называемой латентной шизофрении, под проявлениями которой он описывает фершробенов:

«...Мы не знаем, как поставить диагноз этой простой формы шизофрении, без шизофренических симптомов. Он (Блейлер) только говорит, что она редко встречается в психиатрических больницах, но он достаточно уверен, что наиболее распознаваемая манифестация этой формы в социальной маргинализации: «Эти простые шизофреники составляют большую часть всех «мозгов набекрень» (реформаторы, философы, артисты, дегенераты, чудаки)» [15].

Приводим пример фершробена.

Молодой человек, К. 29 лет. Массивно отягощен психической патологией по линии матери. Дед, два дядьки, одна двоюродная сестра и один двоюродный брат страдали различными формами шизофрении, причем четверо из них — благоприятной рекуррентной, один — шубообразной. Сам К. отличался повышенными способностями: в четыре года бегло читал, в пять научился играть простые мелодии на фортепиано. В первых классах школы учился на «отлично», с 7-го успеваемость поползла вниз. Первый приступ заболевания перенес в 16 лет:

развился синдром острого чувственного бреда. Сумел сдать экзамены в школе и поступил учиться в университет на журналистский факультет. С третьего курса ушел, решил «идти в народ», изучать «жизнь снизу, на дне». В течение двух лет изучал историю трущоб, начав с «Отверженных» В. Гюго и «Петербургских трущоб», перейдя затем на описания Гарлема и Брайтон-Бич. Года через два окончил теоретическую подготовку и буквально «пошел в народ». В течение трех лет обходил одну за другой помойки крупного города, фотографировал их, лежавших возле них, лазающих внутри и снаружи бомжей. Для вхождения в образ (так он именовал свой необычный внешний вид) одевался сродни бомжам. Носил драную телогрейку, боты «прощай молодость», старые вонючие брюки, кепку «аэродром» второй половины прошлого века. Умывался один раз в месяц, баню не посещал. Сообщал близким, что без оригинального запаха будет чужим среди своих. Превратил комнату в собирательный образ помоек города. В несколько этажей громоздились коробки, где складировалось тряпье, засохшие корки хлеба, пластмассовые бутылки, детали выброшенной мебели. Все коробки, фотографии помоек классифицировал по принципу, никому, кроме него, не понятному. В ответ на вопросы о коллекции и своих исканиях начинал долго и пространно рассуждать о значении помоек, отбросов, вторичного сырья в жизни общества, влиянии дерьма как «антитезы вещевому позитиву», призванному облагородить обуржуазившееся нутро российского дерьмократа через натуральное дерьмо, т.е. отрицанием отрицания». Замышлял создать «отряд служителей дерьму» (ОСД), чему посвятил целую общую тетрадь изысканий. В тетради были расписаны эмблема отряда, звания (например, ГСП — главный служитель помойки), полномочия, заработная плата на случай легализации ОСД. Забросил полностью чтение, телепередачи, общался только с бомжами, которые его не принимали и не понимали, часто поколачивали, если он не приносил очередной порции водки. Настолько изменился, что никто из прежних друзей его не узнавал. Однажды, при изучении очередной помойки поздней осенью, замерз в трех метрах от жилого дома. Историю со слезами рассказывала мать, так и не согласившись, что он был болен.

Дефект типа простого дефицита

Вторым типом дефекта при шизофрении московская психиатрическая школа выделяет дефект типа простого дефицита. При этом типе негативных изменений имеются явления астенического аутизма. Считается, что регистрируется обязательное интеллектуальное снижение. Этот тезис требует критического осмысления,

ибо при шизофрении, как принято считать с конца XIX столетия, настоящего слабоумия не развивается, имеет место редукция энергетического потенциала, а не настоящая деменция. Но при развитии дефекта обнаруживаются объективно нарушения в образовании понятий, снижается уровень обобщений, нарушается вероятностное прогнозирование. Обеднение ассоциативных связей, медлительность резко нарушают профессиональную деятельность. Нарастают псевдоорганические расстройства — падение побуждений, утрата спонтанности, нарушаются контакты с окружающими людьми. Ссылаясь на упадок сил, больные избегают прежних компаний, знакомых, говорят об экономии сил. Отмечается психическая уязвимость, при которой всякое изменение обычного стереотипа жизни дезорганизует психическую деятельность. Больные бросают работу, учебу, инвалидизируются. Представляем Вам выдержки из истории болезни Марата Ф., 1986 г. р.

О наследственной предрасположенности сведений нет. После окончания средней школы поступил в Институт экологии. Через полгода после начала учебы институт бросил, родителям не мог объяснить причины этого решения. Устраиваться на работу отказывался. Ничем не занимался, постоянно сидел дома. Появились нарушения ночного сна. Нарастали «странности» в поведении. Убил кошку, затем собаку, после этого говорил: «Оказывается, так легко убивать». В течение 2005г. стал совершенно неузнаваемым. Мочился в бутылки, затем выливал мочу в ванную. Затем начал мочиться непосредственно в ванную, а последние месяцы открывал окно и мочился в окно, на улицу. Осуществлял дефекацию в ванную. Без объяснения причин переломал мебель, угрожал ножом матери. В психическом состоянии в стационаре отмечается бездеятельность, ни с кем не общается. От всего отрешен, ничем не заинтересован. Сидит на койке на корточках. Движения крайне необычные, вычурные. Совершает кивательные движения вперед, вытягивая челюсть. Выражение лица безучастное, взгляд обращен в себя. К окружающему и пребыванию в стационаре не критичен. Недоступен в отношении своих переживаний. В беседе и разговоре формален, ничего не может пояснить по анамнезу, постоянно путается в датах. На предложение объяснить переносный смысл метафор, пословиц, неадекватно улыбается, заявляет, что устал, «голова не соображает». На предложение сообщить, что изучал три года назад в

институте, также ничего пояснить не может, ссылаясь на забывчивость. Пассивно подчиняем. Спокойно выполняет все распоряжения медицинского персонала, если не трогать, может целый день пролежать или просидеть на койке, ничем не занимаясь.

А вот дефект типа «простого дефицита», значительно более глубокий и тяжелый.

На амбулаторную экспертизу привезли женщину лет сорока пяти, доставленную прямо с помойки. Она была в грязном вонючем тряпье. Запах, исходящий от нее, побивал все рекорды, волосы были всклокочены, на руках ногти не просто грязные, а не постриженные много месяцев, с загибающимся «маникюром». Ясность клинической картины тяжелого процессуального дефекта определялась еще от входной двери. «Околoduшевное пространство» было настолько впечатляющим, что диагностическое суждение можно было вынести, не отходя далеко от любимого ею лежбища. Она проживала в маленьком городке. У нее была квартира. В ней, по словам социального работника, отсутствовали окна, дверь. Пустыми глазницами смотрело на мир жилище нашей больной. Вся однокомнатная квартира была завалена одной сплошной горой помоечного мусора. Что она с ним делала, никто не знает. Все попытки властей помочь ей ничего не давали. Вставляли окна и двери, вскоре они исчезали. Вытаскивали самосвалами мусор, он «восставал из пепла» тут же. Это был уже второй случай в нашей практике, когда «среда обитания души» полностью и не фигурально, а материально превращалась в помойку.

Сцеволизм

К этому же типу дефекта, по всей вероятности, принадлежит психическое расстройство, носящее название сцеволизм (по имени Гая Муция Сцевола — одного из легендарных героев древних римлян). Согласно легенде Сцевола проник в лагерь этрусков с целью убить их военачальника. Был пленен. Чтобы показать врагу свое бесстрашие, он сам опустил правую руку в пламя и молчал, пока его рука тлела в огне. Сцеволизмом обозначают склонность дефектных больных к самоповреждениям путем нанесения себе ожогов, вплоть до сжигания разных частей тела.

Нам довелось наблюдать одного больного с хроническим течением шизофрении, который запомнился тем, что постоянно тушил окурки о собственные руки, в области кистей рук и предплечий, кожа которых была похожа на изъеденную кратерами поверхность Луны.

Негативные изменения при шизофрении могут протекать с той или иной динамикой. Во-первых, может наблюдаться редукция или обратное развитие негативных изменений. Как ни странно, после многих лет и десятилетий проявления дефекта могут стираться; мы такие состояния видели в реальной практике и уже рассказывали о них. Но более интересными и сложными являются постпроцессуальные развития личности. Изменение психопатоподобных негативных проявлений, как пишут авторы, не ограничивается искажением или нивелировкой личностных черт, а происходит зачастую по типу личностного сдвига, с тотальной перестройкой свойств характера. Различают астенические, истерические, ипохондрические, гипертимические развития личности и развитие с формированием сверхценных идей. Еще Саблер в 1858 г. отмечал, что в некоторых случаях может формироваться ущербный склад новой личности, или так называемая «вторая жизнь». Удивительный клинический случай представляем вашему вниманию.

Из истории болезни пациента Андрея Х., находящегося на принудительном лечении в стационаре, обвинявшегося в 1996 г. по ст. 102, п. 2 УК РФ (убийство четырех граждан). Стационарную судебно-психиатрическую экспертизу проходил в научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Экспертная комиссия пришла к заключению, что А.Х. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. В отношении инкриминируемого ему деяния был признан невменяемым. На основании Определения Судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда Республики Татарстан от 30.07.96 г. направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу под строгое наблюдение, куда поступил 27.08.96 г.

Со слов больного и из медицинской документации известно, что наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие проходило без особенностей. В четырехлетнем возрасте Андрей перенес менингит, после чего его беспокоили **головные боли** и головокружения. В школу поступил вовремя, окончил 10 классов, затем по линии РВК учился в автошколе, работал на заводе слесарем. С 1985 г. по 1986 г. служил в

рядах СА в Афганистане, где зарекомендовал себя дисциплинированным, честным, исполнительным военнослужащим, являлся отличником боевой и политической подготовки. Уволен в запас на общих основаниях. С 1987 г. работал в спецназе милиционером-водителем, где также показал себя с положительной стороны. Дважды был женат. От первого брака имеет сына 16 лет. В 1988г. уволился с работы, уехал в Воркуту, стал часто менять места работы «из-за низких заработков». Появились замкнутость, раздражительность, конфликтность. Эпизодически алкоголизировался, курил анашу. Постоянно ревновал жену, угрожал ей расправой. Сам вел беспорядочную половую жизнь, деспотично относился к женщинам, заявлял, что «статус их — собака, которая всегда должна находиться рядом с хозяином». Близких друзей не имел, со знакомыми держался на расстоянии. Искал способы заработать деньги, «согласился стать киллером, но не убивал». Появились мысли о бессмысленности жизни, «о породе человека, делении на элиту». Уволился из органов МВД, так как «не мог найти с руководством общий язык». После увольнения курил анашу. Постоянно держалась депрессия, никому не доверял, в Москве «искал киллера для самого себя, считал, что весь мир виноват в существовании зла». Заявлял, что устал жить. За несколько дней до правонарушения просил прощения у жены, сестры, был подавленным, много говорил об аллахе, сатане, заявлял, что «все плохие поступки зависят от сатаны». Постоянно спрашивал жену, изменяла ли она ему, говорил, что ему нужно «защитить свою честь». 20.11.95 г. пришел на квартиру своей сожительницы, где нанес 11 ножевых ранений ее отцу, затем 10 ударов ее брату, 6 ударов топором сестре, 6 ударов топором сожительнице. От полученных ранений все скончались. Трупы сложил на балконе. После случившегося пришел домой к родителям, вскрыл себе вены. Высказывал мысли, что он «самый сильный, может делать что хочет». Сообщил, что убил всю семью сожительницы, так как ему «пришла такая команда». С 20.11.95 г. по 26.11.95 г. находился на лечении в хирургическом стационаре с диагнозом: резаные раны нижней трети обоих предплечий, геморрагический шок, постгеморрагическая анемия, реактивный психоз. Находясь в следственном изоляторе, сообщил, что в период содеянного он «разговаривал с сатаной в зеркале трюмо, и на каждую мысль для него был ответ — убивать». Говорил, что во время беседы с отцом сожительницы последний стал превращаться в «барашка, поросенка», что в нем самом «уже с детства сидит сатана», что «вселенная больна» и он должен «очищать ее от скверны». Во время прохождения СПЭ был доступен только формальному контакту, постоянно уходил от основной линии повествования. Рассуждал о добре и зле, Боге и сатане, о смысле и бессмысленности существования. Себя называл «божьим избранником, способным охватить все прошлое и будущее». Высказывал бредовые идеи самоуничтожения, «винил себя в предательствах». Рассказывал, что незадолго до случившегося видел сцену ада, испытывал тревогу, страх. Вдень содеянного «прокручивались события всей цивилизации на Земле, начиная с Римской империи, видел спираль ДНК, шарики в ней, обозначающие каждый неправильный поступок деда, бабки, родителей». Слышал звучащие «мысли сатаны», приказывающие ему убивать людей. Рассказывал о содеянном, сообщал, что во время своих агрессивных действий потерпевшие не сопротивлялись ему, представляли «собой» пустые оболочки. «В черепе происходила война, видел внутренним взором черную сторону жизни». Было желание убить как можно больше людей. После содеянного испытал облегчение.

Мышление было непоследовательное, разноплановое. Суждения паралогичные с парадоксальностью высказываний, отмечались амбивалентность, аутизм. Признан невменяемым, направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу со строгим наблюдением, где в психическом состоянии обнаруживал следующее: при поступлении и первое время пребывания в больнице был растерян, заявлял, что ничего не понимает. В дальнейшем рассказал, что в день содеянного увидел сатану, который приказал всех убивать, так как «люди не верят в бога и черта». Личность его раздвоилась и, чтобы «найти себя», он вскрыл себе вены. Проводилось лечение галоперидолом по 10 мг 3 раза в день в сочетании с амит-риптилином по 75мг 3 раза в день. В процессе лечения упорядочилось поведение, выровнялось настроение, стал заявлять, что «дурные мысли исчезли». Спонтанно о своих переживаниях не рассказывал. Агрессивные и аутоагрессивные тенденции не прослеживались. Формально допускал, что в период содеянного был болен психически: «Запутался я...» С марта 1999 г. стал много говорить о Боге, постоянно читал религиозную литературу, заявлял, что давно нужно было обратиться к Богу. Считал, что был искушен дьяволом за «грешные» дела. Поинтересовался возможностью приглашения священника: «Хочу креститься... христианская религия мне более подходит... ислам — агрессивен...»

В дальнейшем получал лечение стелазинум по 5 мг 2 раза в день, амитриптилином 50 мг на ночь. В мае 1999 г. стал высказывать недовольство содержанием, стал выходить на прогулку босиком, сознательно старался одеваться как можно хуже, обменивал новую одежду у больных на старую. Периодически агрессивно высказывался в адрес больных: «Если бы я встретился с ними на воле, мои руки были бы по локоть в крови...»

Получал лечение: рис- полепт по 2 мг 3 раза в день, тизерцин 100 мг 2 раза в день, мажепил по 20 мг 3 раза в день плюс amitriptilin 100мг на ночь. В дальнейшем поведение упорядочилось, включался в трудовые процессы, помогал персоналу в уборке помещения, по-прежнему много читал религиозной литературы, заявлял, что живет согласно Библии. При этом затыкал уши бумагой, чтобы «не слышать разговоры окружающих о сексе...». Высказывал желание хирургическим путем избавиться от половых органов: «Не нужны они... я из-за женщин пострадал...» Обдумывал вопрос о лишении себя глаз, так как глаза видели много соблазнов. Боялся сильной боли. Попытался поститься, отдавал пищу другим больным, сам питался хлебом и водой. Но однажды выпил сладкий чай, перестал раздавать пищу и понял, что катится вниз.

Проводилась инфузионная терапия с глюкозой, полиглюкином, витаминотерапия, искусственное кормление. Палата, в которой он находился, располагалась напротив раздевалки женщин-сотрудниц. Он часто видел медсестер в полупрозрачных платьях, под которыми угадывались женские формы. Памятуя слова из Библии о том, что если правый глаз соблазняет его, то нужно вырвать глаз, так как гибель одного органа лучше, чем гибель души человека, 19.11.04 г. с помощью пальцев произвел частичную энуклеацию обоих глазных яблок, заявлял, что глазами видит слишком много соблазнов, которые противоречат религии. Был консультирован окулистом в РКБ, где после обследования вынесено заключение: тяжелая контузия обоих глаз, плоская отслойка сетчатки, механическое повреждение зрительных нервов, отрыв нижних внутренних мышц. Был переведен в соматическое отделение, где с эмоциональной охваченностью, убежденностью заявлял, что поступил правильно и что не хотел бы восстановления зрения: «теперь я уберезен от соблазнов...». В дальнейшем отношении к своему поступку было двойственным: то заявлял, что поступил правильно, то высказывал сожаление: «видеть хочется до тошноты, но теперь уже никому не смогу навредить и зла не сделаю... сделал это ради будущей вечной жизни...».

Держался депрессивный фон настроения, периодически отказывался от еды. Получал лечение: рисполепт 2 мг 2 раза в день, эглонил по 100 мг 2 раза в день, азалептин 50 мг на ночь. На фоне проводимого лечения выровнялось настроение, стал принимать пищу. Пребыванием в больнице не тяготился, более того, заявлял, что не хочет быть «обузой» для родственников и хотел бы навсегда остаться в данной больнице.

С мая 2005г. по настоящее время правильно ориентирован в окружающей обстановке, времени, собственной личности, доступен контакту, с готовностью и по существу отвечает на задаваемые вопросы. Мышление со склонностью к резонерству, паралогичное. Отмечены идеи самоуничужения, религиозного содержания: «Я дерьмо, которое воняет, а я хочу достичь совершенства с помощью Христа... депрессии у меня нет, просто будет скоро суд Божий...»

Много и охотно рассуждает о Боге, цитирует Библию, по ходу беседы на любой вопрос отвечает фразами из Библии. Заявляет, что его слепота — «самая великая милость божья», убежден, что смысл его жизни - «это служение Богу... раньше были тупики, а сейчас я буду жить по велению Господа...». Формально допускает, что в период содеянного был болен психически, «убил, чтобы спасти их от зла... так раньше думал». Считает, что в дальнейшем не будет делать никому зла: «Бог меня спасет...» Не тяготится ситуацией, не интересуется выпиской, хотя не возражает против нее. «Если Богу будет угодно, так и будет... сам я не могу принять решения...» В отделении малозаметен, пассивно подчиняется распорядку дня, с окружающими больными контакт формальный. Уживчив. Больше находится в пределах своей постели. Передвигается на ощупь, пользуется помощью окружающих больных. Не посещает телепередачи, заявляя: «там одна грязь!». Ведет переписку с бывшей женой, сестрой. Является инвалидом II группы бессрочно, дееспособен. Учитывая улучшение психического состояния на протяжении 6 мес., проявляющееся в спокойном поведении больного, дезактуализации бредовых идей, не отражающихся на поведении больного, отсутствии агрессивных и аутоагрессивных тенденций, больной не представляет особой социальной опасности и не нуждается в принудительном лечении в условиях психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Был переведен для дальнейшего принудительного лечения в психиатрический стационар общего типа, где при беседе держится подчеркнуто спокойно, сдержанно. Несколько покровительственно отвечает на вопросы и постоянно сопровождает свои слова какой-либо цитатой из Библии или Евангелия. На вопрос, обрел ли покой в душе после лишения себя зрения, с грустью в голосе отвечает, что Екклесиаст говорил: «Во многой мудрости

много печали». Он обрел мудрость, но и принял в себя печаль. Убеждает присутствующих при беседе врачей, что нельзя карать зло злом, что он давно осудил себя за совершенное убийство, и хотя он был болен на тот момент, продолжает винить себя в страшном грехе. Повторяет многократно слова из Евангелия, что необходимо подставить левую щеку, когда получает удар по правой. Считает людей заблудшими и нуждающимися в проповеди слова божьего. Уверен, что официальная православная церковь выродилась и морально разложилась, что Патриарх разъезжает на дорогих лимузинах, ест на золоте, а Спаситель страдал за нас и призывал к скромности и воздержанию от мирских утех и богатства. Считает, что Бог должен быть в душе и в церковь ходить не нужно. Планирует после выписки из психиатрической больницы посвятить себя служению истинной вере, а не церкви. Парирует любые атеистические высказывания и вопросы. Например, на вопрос, когда появился Бог, отвечает усмешкой и снисходительно роняет, что этот вопрос не подлежит ответу. На прозвучавший в кабинете ответ одного из врачей, что Бог был, есть и будет всегда, одобрительно кивает головой. На вопрос, как можно продолжать человеческий род, если не смотреть на женщину с вождением, отвечает, не задумываясь ни на секунду: «Если впустить в рай одного грешника, тогда нужно пустить в рай всех остальных». На вопрос, разговаривает ли когда-нибудь с Богом, как с другим человеком, слышит ли его Бог и отвечает ли ему на человеческом языке, отвечает также быстро и подробно разъясняет механизм общения с Богом. Сообщает, что он обращается к Богу через молитву, а Бог отвечает и научает его через святое писание, т.е. общение происходит опосредованно, а не напрямую. Несколько удивляется наивности такого вопроса. В отделении держится уединенно, спокойно. Беспрекословно выполняет все просьбы персонала, никаких жалоб не высказывает.

При анализе данного случая можно констатировать развитие острого приступа эндогенного психического заболевания, в клинической картине которого отмечался масштабный, остро возникший парафренный бред, сопровождающийся псевдогаллюцинированием, появлением элементов синдрома Кандинского-Клерамбо, развитием на высоте приступов онейроидных переживаний и психопродуктивным механизмом совершения тяжелого правонарушения — убийства четырех человек. Затем в ходе принудительного лечения наступает стабилизация процесса с периодически возникающими кратковременными аффективными эксацербациями и становлением на протяжении последних 6—7 лет особого типа негативного психического расстройства в виде «второй жизни». На этом этапе психического расстройства у нашего больного выявляется формирование особого вида сверхценной деятельности (проповедничества) и сверхценного интеллектуального образования в виде религиозных идей, напоминающих мировоззрение сектантов иеговистского толка. Вся его внутренняя жизнь посвящена изучению и проповеди истинных заповедей Иисуса Христа, искуплению своих собственных грехов и очищению себя от скверны в его понимании. Он совершает членовредительство, очень напоминающее многочисленные случаи самоубийства и членовредительства по религиозным убеждениям (например, «Отец Сергей» Л. Толстого). В психическом состоянии на протяжении последних лет не отмечается выраженных приступов психического заболевания, состояние приближается к неполной гиперстенической ремиссии.

Когда книга уже была сверстана, у нашего пациента развернулось обострение. Эксацербация процесса проявилась становлением депрессивно-параноидного синдрома. Больной стал утверждать, что вновь появился сатана, его окружают дьяволы. В течение нескольких недель врачи пытались купировать обострение, но из-за нейролептических осложнений были вынуждены снизить дозы. В 2 часа теплой августовской ночи маленьким перочинным ножом, который он пронес в отделение уже после отмены принудительного лечения, возвращаясь из домашнего отпуска, он нанес ножевое ранение себе, желая отправиться в рай, и этим же ножом ранил больного с тяжелой умственной отсталостью, за которым ухаживал несколько лет, эмоционально привязавшись к нему. Никому из врачей даже в страшном сне не могло бы присниться, что пациент, спустя 15 лет после тяжкого деликта, будучи слепым и немощным, сможет совершить такую тяжелую попытку гомоцида.

Регресс личности

Регресс личности. Может встречаться при самых различных психических заболеваниях.

Средних лет мужчина, высокий, статный, красивый. Воевал в Афганистане. В течение нескольких лет был главным врачом одного из лечебных учреждений большого города. Уже будучи руководителем, изрядно попил, что и решило его служебную карьеру. Лет через пять автору этих строк «посчастливилось» столкнуться с ним у

входа в подземный переход. Он стоял среди компании «отверженных», таких же босяков, как сам. Обросший многомесячной щетиной, грязный, вонючий, с голодным блеском глаз, с невнятной речью. Увидев, полез целоваться, бормотал какие-то извинения, растирая слезы, брызнувшие из глаз: «Стерва не пускает домой, вот мотаюсь по помойкам и подвалам». Не закончив свою речь, быстро отвернулся, примкнул к двум товарищам и начал бурно обсуждать, размахивая руками, где раздобыть очередную бутылку. Натуральный сюжет на тему «соображаем на троих». В страшном сне не могло присниться несколько лет назад такое плачевное существование этого опустившегося человека. Иначе чем грубым регрессом личности такое и назвать невозможно.

Своеобразные изменения личности, которые, по нашему мнению, ближе всего примыкают к регрессу личности, именуются синдромом Диогена. В 1966 г. М. Макмилланом был описан так называемый синдром Диогена. Автор описывал стариков, одиноко проживающих в крайне запущенном, грязном жилище, ведущих нищенский образ жизни, хотя подчас у них после смерти находят довольно крупные суммы денег и ценности. Нередко старики собирают всяческий ненужный хлам, мусор (что носит название силлогомашш). Для этих больных характерны подозрительность, эмоциональная лабильность, агрессивность, отказ от помощи. Питаются они объедками, заплесневелым хлебом, консервами с длительными сроками хранения. Синдром назван по имени знаменитого древнегреческого философа Диогена, отличавшегося крайней неприязательностью в быту и проживавшего в глиняной бочке при религиозном храме. Конечно, сейчас старики не живут в бочках, да и при климате средней полосы в бочке не проживешь. Бочкой становится малосемейная комната или малогабаритная квартирка, что и имеем мы в случае с Матвеем Семеновичем, 72 лет.

Когда-то у него была семья, дети. Жена умерла лет десять назад. Один сын осужден на 15 лет за убийство, второй погиб в Чечне, в первую кампанию. Внуки от старшего сына проживают в одном городе с ним, но лет пять уже не навещают старика. По требованию соседей он был освидетельствован психиатром, так как образ жизни и санитарное состояние квартиры внушали большие опасения соседям. Врач не нашел выраженных психотических нарушений. Маленькая однокомнатная квартирка представляла собой камеру хранения, своеобразный ломбард для нищих. Здесь были куртки и телогрейки начала строительства автогиганта, наваленные на старый рассохшийся диван, десятки пар обуви со стертymi подошвами, дырявыми голенищами, сумки с оторванными ручками, ржавые кастрюли, пять старых отечественных телевизоров. В холодильнике хранились консервы с истекшим уже в прошлом веке сроком годности, свекла и морковь старых урожаев, проросшая, с длинными косичками зелени. В пищу он употреблял засохший хлеб, предварительно очищая его от плесени и размачивая в стакане с водой. Но самым замечательным оказалось то, что у Матвея Семеновича была сберегательная книжка на сумму, превышающую стоимость его квартиры. Он предъявил сберкнижку в качестве доказательства своей разумности: «Разве ненормальный сумел бы скопить такие деньги?» — вопрошал он врача.

Негативные нарушения с точки зрения феноменологического познания этой патологии

Нам осталось оценить негативные нарушения с точки зрения феноменологического познания этой патологии. Подавляющее большинство негативных расстройств проявляется в объективно обнаруживающихся нарушениях поведения, деятельности больного человека, изменениях интеллекта, характерологических сдвигах при минимальной выраженности каких-то внутренних, скрытых для постороннего взгляда психопатолога психических переживаний. Мы, по изменившемуся межличностному контакту, усилению замкнутости, отгороженности больного человека от остальных членов семьи или рабочего коллектива, совершенно достоверно можем судить об усилении аутизации больного. Родственники наших пациентов фиксируют непрофессиональным взглядом характерологические сдвиги, происшедшие со структурой личности своего брата, отца, матери или ребенка, так как они неминуемо проявятся в тех или иных поступках. Заболевший сын превращается из близкого человека в квартиранта, в сожителя по общежитию, в «чужого среди своих». Не нужно быть выдающимся феноменологом, чтобы увидеть и осознать случившиеся перемены. Прожившая со своим стариком более полувека старушка

вдруг обнаруживает в некогда щедром, добром человеке несвойственную ему скупость, скарденность. Старик начинает разделять свою пенсию и жены, делить домашнюю утварь, поварешки и ложки, постельное белье и яйца в холодильнике. Он разделяет коммунальные платежи на свои и «старухины», заставляя ее платить за горячую воду, так как он ею не пользуется. Почти все феномены, относящиеся к негативным нарушениям, имеют прямой выход на объективно обнаруживаемые изменения поведения человека. Отсюда следует относительная простота опознания этих нарушений. Психопатолог, с точки зрения К. Ясперса, опознает их непосредственно, оценивает их, не совершая транспонирования или особого вчувствования в переживания больного человека. Может быть и поэтому еще многие ученые-психиатры так недоверчивы к диагностике психических заболеваний (особенно эндогенных) только на основании психопродуктивных расстройств и соглашаются на установление диагноза исключительно при наличии негативных нарушений. Они вроде печати надежности, которую можно увидеть, «потрогать», зафиксировать и объективизировать. Не стоит забывать, что это — наиболее легкий способ диагностики, и возлагать все надежды только на установление факта наличия негативных расстройств принципиально неверно.

Предисловие ко второй части

Во второй части книги мы продолжаем разговор о психических заболеваниях (как именуют их сейчас — расстройствах). В ней представлены строго документированные клинические случаи, только те, к которым автор лично имел отношение - диагностировал, лечил или участвовал в экспертизе. Главное, что хотелось бы донести до молодого доктора, — уникальность каждого случая. Обычно при постановке диагноза врач пользуется принятыми стандартами, классификациями, описанными синдромами, симптомами. Он использует указанные схемы как «строительный материал», только как путеводную нить, ориентир некоего направления, старается увидеть то, что есть в действительности, описать непохожесть Иванова на Сидорова. Учитель, как писали древние китайцы, должен не столько давать знание, сколько обучать ученика способу его добывания, а также учить замечательному достижению человечества — размышлению. *Cogitare hominis est* (рассуждать — свойство человека). Рассуждая, мы будем учиться видеть, слушать и удивляться. Не радоваться тому, что у пациентки Кузнецовой все периоды болезни точно вписываются в схему динамики паранойяльного синдрома. Спокойно воспринимать, что у нее некое состояние никак не совпадает с общепринятой схемой, она болеет по- своему, непохоже ни на кого. Как говорили философы, мы должны увидеть «изначальную данность», а не наши собственные схемы, таблицы и алгоритмы, изобретенные находчивым умом специалиста. Являясь практическим врачом, автор имел неоспоримое преимущество перед многими замечательными и заслуженными научными работниками, написавшими солидные монографии и руководства, в том, что не стеснен корпоративными обязательствами — чтить только данную кафедру, только данное научное направление, только «единственно верное» очередное учение. Располагая относительной свободой суждений, автор имеет возможность исполнить одно из важнейших требований Э. Гуссерля и К. Ясперса - описывать феномены болезни непредвзято. Старые психиатры могут вспомнить, не без изрядной доли юмора, своих давних пациентов, заболевание у которых протекало десятилетиями, и при этом существовавшие в психиатрии классификации, приоритеты тех или иных школ менялись вместе с диагнозом этого больного.

Часть клинических случаев, приведенных в книге, будет, безусловно, точно соответствовать существующим нозологическим единицам, часть вызывать сомнения. Будут и такие истории болезни и жизни наших пациентов, которые не смогут вписаться в известные синдромы, типы течений, формы болезней. В течение двух столетий основным алгоритмом развития психиатрической науки было движение от частного к общему. Клиницисты суммировали сотни, тысячи случаев и выводили общие закономерности, с более-менее приблизительной точностью классифицировали, создавали таксономические единицы, нозологические и синдромальные систематики. Не беремся судить, пришло ли время, делая шаг вперед, отступить на два шага назад — к К. Ясперсу. Но в школе молодого психиатра непременно нужно научиться видеть уникальность каждого случая, суметь не испугаться, а порадоваться непохожести протекания болезни у больного на принятую схему. Главной задачей учителя должно стать не набивание знаниями молодых врачей, а воспитание чувства удивления перед непостижимой многообразностью человеческой души. Основные проявления любой болезни неоднократно

изложены в книгах и руководствах. Нам же нужно хотеть и уметь опознать неповторимость каждого случая, поскольку из-за этих особенностей, непохожестей на схему и стандарт, появляется большинство ошибок. Сократ — создатель первой в истории человечества личностно-ориентированной системы обучения, эвристического метода, строил обучение на размышлении и вопросах, которые он задавал себе и ученикам, подталкивая их к поиску истины. Предложенное изложение материала дает возможность спросить молодых коллег, что же они чувствуют, какие мысли возникают при разборе того или иного случая. Некоторые примеры уже частично были затронуты в разделе общей психопатологии, но это были поперечные срезы болезни. Вспомним поперечные срезы, изучаемые на курсе оперативной хирургии и топографической анатомии. Они, конечно, наглядны и понятны, но как далеки они от реальной картины оперированного живого тела. Поперечные срезы болезней из первой части нашей книги мы дополним синдромокинезом и клинической динамикой каждого случая. Отдавая дань традициям, первые описания будут посвящены, конечно же, больным шизофренией.

Случаи шизофрении. Вялотекущая шизофрения

Выделение шизофрении в качестве отдельного заболевания связывают с именами Э. Крепелина и Э. Блейлера. Первый выделил dementia graecorum, взяв за главный диагностический критерий — раннее (если точнее — преждевременное) слабоумие. Второй пытался найти основное расстройство при шизофрении и описал в качестве такового целых четыре нарушения психической жизни: аутизм, амбивалентность, эфферентность и ассоциации, называвшиеся впоследствии как четыре «а». Он же назвал это заболевание шизофренией, из-за чего появилось второе название болезни — болезнь Блейлера. В качестве итогов столетнего периода изучения шизофрении «психиатрические внуки и правнуки» Э. Крепелина получили отказ от «критерия исхода» на последнем, VIII конгрессе по биологической психиатрии в Вене. Они наследовали бесконечную череду смены классификаций этой болезни, карусель форм, течений, основных расстройств и синдромогенеза вплоть до сомнений в самом существовании шизофрении как единой болезни.

Вспоминается 1967 г., когда вышла в свет на русском языке «Клиническая психиатрия» Груле, Юнга, Майер-Гросса, Мюллера. Ошеломило разнообразие шизофренических и шизоаффективных психозов. В главе «Новая концепция шизофрении» авторы утверждали следующее: «...в области шизофрении мы находимся на «ничейной земле», которой «владеют» как психиатрия, так и психология...круг больных шизофренией вновь расширяется, и все шизофренические реакции, шизофренические психозы с явными мозговыми процессами и в особенности «латентные шизофренические», шизоидные и прочие невроты... оказываются объединенными с тем, что мы учились называть шизофренией в строгом смысле». Спустя 2 года, в 1969 г., выходит первое мультидисциплинарное исследование шизофрении школы А.В. Снежневского, перетянувшее в сторону московской психиатрической школы большую часть советской психиатрии. Курсанты ЦОЛИУВа шутили тогда: «Шизофренических есть много разных, но нет милей шубообразной». К концу XX столетия, потрепав на конгрессах правозащитников и саму концепцию течения шизофрении, и школу А.В. Снежневского, якобы «впервые» открывшую вялотекущую шизофрению, мировое психиатрическое мнение перешло на сторону «дяди Сэма» и произвело на свет божий МКБ-10, в которой перемешаны и крепелиновские четыре формы, и симптомы первого-второго ранга Курта Шнайдера, и типы течений. В сборнике №44 «Практика судебно-психиатрической экспертизы» в первой программной статье В.Г. Василевский, справедливо задаваясь вопросом о значимости психопатологических предиктов в диагностике шизофрении, пишет, что «А. Scarinci, специально исследуя вопрос о начале шизофренического процесса на основе анализа большого количества литературы, пришел к выводу: начало шизофрении не имеет специфической симптоматики, и «все попытки» выделить патогномичные симптомы инициальной шизофрении не привели к созданию надежной основы для диагностики». Что же получается, уважаемые коллеги? К началу XXI века психиатрическое сообщество призналось, что не является диагностически значимой констатация конечного состояния при шизофрении, на чем настаивал Э. Крепелин. Не найден, не опознан и не определен биологический субстрат (маркер) этого заболевания. Не существует единого подхода ни к формам, ни к течению, ни к синдромам болезни. Не приняты к единому использованию ни критерии Э. Блейлера, ни симптомы первого-второго ранга К. Шнайдера, ни иные нарушения, когда-то претендовавшие на роль особых, т.е. не выделено «основное расстройство» при шизофрении. Не установлены общезначимые предикты (начальные признаки) шизофрении. Болезнь как бы есть, но ее как бы нет. Между тем в сотнях психиатрических лечебниц и кабинетов врачи-психиатры ежедневно устанавливают данный диагноз, назначают сильнодействующие психотропные средства, определяют инвалидность, прогнозируют судьбу больных. Но

самое удивительное в том, что любой современный психиатр в здравом уме и ясной памяти совершенно не сомневается в реальном существовании этого сложного психического заболевания. Мы повторили в тезисном варианте вежи, пути изучения шизофрении, чтобы задуматься о проблематичности имеющегося у нас знания. Мы находимся в самом начале пути, нам всем нужно уметь сомневаться, постоянно мучить себя вопросами, не соглашаться с очередным модным учением, течением, значением. Если мы будем чаще вспоминать известную мудрость Библии: «И это уже было под небом», мы наделаем меньше глупостей.

Рассказ о главном заболевании мы начнем с более легких случаев, постепенно усложняя и утяжеляя клинический материал, для чего нам нужно познакомиться с понятием вялотекущей шизофрении, которую именовали и мягкой, и латентной, и шизофренией без шизофрении. Как уже говорилось ранее — это вовсе не изобретение московской психиатрической школы. О латентной шизофрении сообщил в тридцатых годах прошлого столетия еще Э. Блейлер. Что же случилось с интерпретацией этого понятия, восстановленного школой А.В. Снежневского, почему оно вызвало столько яростных нападок? Как часто случается в жизни, злоупотребления имели место не с понятием как таковым, не с диагностированием вялотекущей шизофрении, а с использованием этого диагноза в немедицинских целях. Конечно же, с водой выплеснули и ребенка, соревнуясь в обличении советской психиатрии. Здесь будут приведены случаи, не вызывающие сомнения ни в диагнозе, ни в необходимости лечения, ни в обязательности диспансерного наблюдения, как раньше именовали — пресловутого учета. Последние годы в нашей стране диагноз «вялотекущая шизофрения» не ставят, а пишут «шизотипическое расстройство личности». Для больных с точки зрения реабилитационных соображений это явление можно рассматривать со знаком плюс, но с точки зрения обеспечения их бесплатными медикаментами и иными социальными льготами — это минус, так как в перечне республиканских льгот диагноза расстройства личности нет, да и инвалидность получить с расстройством личности несколько сложнее. Проявляется данный вид болезни несколькими основными формами. Довольно просто логически найти эти формы, вспомнив схему сочетания регистров негативных и позитивных расстройств — те знаменитые круги школы А.В. Снежневского. Все наиболее легкие регистры расстройств — невротоподобные, астенические, психопатоподобные — и составляют основные проявления вялотекущей шизофрении. Мы рассмотрим случаи психопатоподобной (гебоидной) шизофрении, паранойяльной и вялотекущей шизофрении с дисморфоманией.

Гебоидная шизофрения

Мы начинаем со случая, уже частично описанного в психиатрической литературе, в НПЖ и в сборнике «Клинические разборы в психиатрии» Гофмана. Но после первой публикации в истории болезни и жизни нашего пациента произошли некие события, позволяющие более достоверно оценить психическое заболевание в динамике — в течение 25 лет.

Алексей Р., 1977г. рождения.

Из анамнеза (со слов бабушки) известно, что: дед по линии матери — очень «тяжелый» человек, на момент обращения впервые к психиатру по поводу нашего пациента вместе с семьей не проживал. Мать с детства нелюбимая, скрытная, близких подруг никогда не имела. Вспыльчивая, раздражительная, злая, непослушная, никогда не признавала своих ошибок. Одну и ту же ошибку могла повторять бесконечно. Не контролировала свои поступки. Была грубой, нецензурно бранилась. После одного замечания учителя оставила школу в 9-м классе и больше не училась. С момента полового созревания сексуально расторможена. Вступала в случайные половые связи с «бичами». Неизвестно, от кого родила данного ребенка. Вышла замуж с тремя детьми за больного алкоголизмом.

(Рассказывая о матери пациента, мы должны подчеркнуть явное наличие у нее проявлений аномальной личности, как минимум подпадающее под понятие «асоциальной аномалии личности».)

Известно, что Алексей родился доношенным, дома, в туалете. Соседка по общежитию вызвала скорую помощь, но помощь опоздала, и в роддом увезли уже двоих. Сына кормила грудью 2 мес., затем ребенок находился на искусственном вскармливании. Ходить начал рано, в 10мес., говорить слова — до 1 года, первые фразы — к полутора годам. Ребенок вначале жил с матерью, в семье его каждый день били ремнем, отчего постоянно ходил с кровоподтеками, был истощен, постоянно кричал. Мать выгоняла ребенка в подъезд, часто грозила отправить

его в детдом, а затем передала его бабушке, но сама приходила и терроризировала ребенка, была на его глазах бабушку. Он уговаривал бабушку убежать куда-нибудь, не пускать в дом мать. Был крайне боязлив, один боялся ходить даже в туалет, спал только с бабушкой. Боялся полос на стене, вспоминал по ночам страшные фильмы.

(Что обращает на себя внимание при изучении преморбида нашего пациента? Перед началом рассказа о первых фенотипических проявлениях болезни мы обязаны обратить внимание на грубую социально-педагогическую запущенность и жестокие нравы, царившие в этой семье при воспитании Алеши. Это та жизнь, которая не только вносит свои коррективы, но и путает в чем-то картину заболевания.)

Впервые обратились с бабушкой на прием 09.08.82 г. Осмотр детского психиатра: не соблюдает дистанции, взрослых называет на «ты», груб с бабушкой, тычет в нее, чем попало, постоянно чего-то требует. Негативистичен, на все вопросы твердит: «не буду делать, не буду говорить». Запас сведений и представлений для его возраста достаточный, но обо всем говорит раздражительным тоном. Первоначально диагностировано невротическое развитие. Проводилось лечение пустырником, валерианой, реланиумом, бром-камфорой, меликаром.

В первом классе учился на «хорошо» и «отлично», получил похвальный лист, с детьми общался мало, в поведении был спокойным, дисциплинированным. В 1986 г. был прооперирован по поводу аппендицита. На 3-й день после операции пытался сбежать из больницы, оскорблял медсестер. В школе стал непоседливым, задиристым, обижал детей. Бабушку не слушал, со временем поведение ухудшилось. Вначале только дома давал тяжелые истероподобные реакции: кричал до визга, выражался нецензурно, мог ударить бабушку, все бил и крушил вокруг себя по малейшему пустяку. Затем такие же реакции стал давать на улице, в школе, совершенно не стесняясь посторонних, не реагируя на замечания или реагируя бранью и агрессией.

Из педагогической характеристики 1988—1989 гг. мы узнаем, что до последнего времени учился блестяще, затем стал пропускать много уроков. Вызывающе ведет себя с учителями, срывает уроки, кричит, повторяет последние слова учителя, сопровождая их громким смехом. В классе ни с кем не дружит, постоянно дерется, плюет в детей, нецензурно ругается. Приносил в школу нож, угрожая детям. В классе выбирает себе жертву и постоянно преследует ее, бьет, оплевывает. Однажды вымазал палку калом и пытался обмазать одного мальчика.

(На этом этапе заболевания мы констатируем грубые, подчас гротескные истероформные и иные психопатоподобные проявления болезни, характерные своей грубостью и гротескностью, присутствием элемента дисфории и диффузной озлобленности {unlust}. Все это должно насторожить детского психиатра.)

С 01.01.89 г. был переведен на домашнее обучение, проводилось лечение сонапаксом, тизерцином, аминазином, реланиумом. Состояние ребенка ухудшалось. Алеша стал злобным, напряженным, прищурив глаза, сквозь зубы приказывал бабушке постоянно что-то делать для него, хватал за волосы, хлопал ее, заявлял, что убьет. Нецензурной бранью встречал педагогов и врача. 01.04.1989г. при посещении врачом злобно-визгливо кричал на бабушку и врача, пытался ударить их коляской. Хватал острые предметы: нож, лопату, ножницы, крутил ими перед лицом врача. Без бабушки не выходил из дома, но когда та приходила в школу, говорил ей: «Не ходи, у тебя лицо не такое». Перед сном вплотную подвигал кровать к бабушке и требовал, чтобы она ложилась с ним. Был диагностирован гебоидный синдром. В апреле 1989 г. получал галоперидол в каплях. Стал спокойнее, адекватнее. В сентябре вновь стал посещать школу, но на первое же замечание учителя дал тяжелую агрессию, после чего занятия в школе были запрещены. В 1991 г. аккуратно посещал школу, учился на 5, с друзьями не общался, все время был занят рисованием, вычерчиванием лабиринтов, занимался часами. Рисунки при этом получались обширные, персонажи не всегда связанные между собой. После того как дочерчивал лабиринт, обменивался с соседом и мог подолгу искать выход. Со слов мальчика, в этот период нередко задумывался о том «где же находится конец Вселенной, и что находится за ним, о смысле жизни и смерти, о своем предназначении».

(Для философической интоксикации эти размышления рановаты, но тематика весьма не детская, очень напоминающая этот синдром.)

В этот период сочинял комиксы «про тяпку-ляпку-бяпку», часто не имевшие логической связи и смысла. В 1992 г. состояние вновь ухудшилось, полгода не посещал школу, время проводил в прогулках по городу, однажды заявил врачу, что он «гораздо выше, лучше всех остальных людей», «и вообще — инопланетянин!».

Думается, что, конечно же, это — не парафренный бред. Скорее всего, болезнью видоизмененный подростковый кризис «Я». У психически здорового ребенка становление «Я» происходит довольно болезненно, а у подростка, страдающего психическим расстройством, на возрастной кризис накладывается дополнительная некая эндогенная вредность и появляется порождение процессуально окрашенного дизонтогенеза.

Любил свою кошку. Когда увидел идущую по двору кошку с выколотыми глазами, истерически кричал, что собирается убить обидчика. Заочно консультирован в НИИ психиатрии МЗ РСФСР, рекомендовано лечение по месту жительства кататонно-гебефренного синдрома.

(Были ли проявления гебефренного или кататонического синдрома? Может быть, это все-таки видоизмененная тяжелой социально-педагогической запущенностью клиническая картина психопатоподобного (гебоидного) синдрома?)

Доставлен на госпитализацию участковым милиционером в связи с неправильным поведением. Из сопроводительных документов явствует, что школу не посещал, время проводил в течение полугода в гулянии по городу. За 8 дней до поступления в 11 ч вечера не пошел спать, начал кричать, разбил банку, соседи вызвали милицию. Был доставлен в ПНД. В психическом состоянии зарегистрировано следующее: возбужден, плачет, кричит, не соблюдает никакой дистанции в беседе с врачом, употребляет нецензурные выражения, заявляет, что мать его заберет и убьет врача. Требуется вызвать бабушку, хватает за руки врачей, резко сопротивляется любым попыткам госпитализации и проведения лечения, совершил попытку побега из отделения, вышиб дверь. В палате беспокоен, постоянно требует то выписки, то бабушку, то трико. Сознание при этом не помрачено, правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности, эмоционально однообразен, с окружающими детьми не общается. После того как стали разрешать ходить по коридору, держался отстраненно. Прошел курс лечения. По настоянию бабушки был отпущен домой. Состояние перед выпиской улучшилось. Стал заметно спокойнее, адекватнее

в поведении. После беседы с бабушкой отпущен домой. С 28.06. по 31.07.98 г. находился на стационарном лечении в мужском отделении. По заключению психолога — психопатическая личность возбудимого круга с шизоидным типом реагирования. Диагноз: шизоидная психопатия, декомпенсация. Синдром психопатоподобного поведения.

Повторно находился на стационарном лечении с 07.04. по 23.04.99 г. с диагнозом: ши- зотипическое расстройство, гебоидный синдром с дисморфоманией. 20.04.99 г. в отделении осмотрен ВКК. Доставлен 07.04.99 г. бригадой скорой помощи по направлению участкового психиатра в сопровождении бабушки в связи с изменением поведения. Со слов бабушки, ведет себя агрессивно, конфликтует с ней, грубо, нецензурно выражается («сука старая, курва и т.д.»), нередко избивает ее, угрожает, стал часто принимать алкоголь, дома в порыве злости и недовольства ломает мебель, портит обои в комнатах, имеющиеся книги (чтобы «насолить»), рвет одежду, предлагаемую бабушкой (считает, что она не модная или просто слишком узкая). Пищу выбрасывает в унитаз, якобы она малокалорийна, а ему надо усиленно питаться, чтобы поправиться в последние 3 мес. Перестал купаться, принимает ванну только после настойчивых просьб, отказывается менять белье, иногда ложится спать, не раздеваясь. В последнее время стал очень холодным в отношениях с близкими, обращается только при необходимости, грубо, в повышенных тонах, давая «ценные указания» по приготовлению пищи, одежды, требуя деньги. Когда бабушка болеет, отказывается ухаживать за ней (ранее всегда относился с вниманием). Нарушился режим дня, всю ночь может ходить по квартире, усиленно заниматься силовыми упражнениями с гантелями, боксом, стуча в стену, под утро засыпает, спит до 15-16 ч. Затем уходит к друзьям. Перестал чем-либо заниматься, увлекаться (ранее интересовался компьютером, играми в Денди, читал книги). Продав Segy, купил одежду, а деньги за различные приставки пропивает. Отказывается работать: «Я не буду вкалывать всю жизнь», считает мать виноватой в его «бедственном» положении, в том, что «она - безмозглая нищенка, прожила жизнь с алкоголиком». После предыдущей выписки состояние несколько стабилизировалось. Отчим устраивал Алексея на работу в ПДМ КамАЗа, но, проработав 2мес., отказался туда ходить. Согласился на операцию по поводу варико-целе (хотя ранее категорически отказывался). С тех пор нигде не работает, стал часто принимать алкоголь, устраивает попойки дома. Потребовал у бабушки денег на благоустройство квартиры матери (якобы стыдно приводить туда друзей). Но после создания уюта не стал жить с ней, а лишь приводит туда по необходимости друзей.

(На данном этапе динамики заболевания мы видим развернутый гебоидный синдром, сочетающийся с некоторыми проявлениями негативных нарушений шизофренического спектра - здесь грубые

психопатоподобные нарушения соседствуют с эмоциональным снижением, редукцией энергетического потенциала, проявлениями дрейфа. Казалось бы, нет аутизации, зато представлен аутизм «наизнанку», заявивший о себе с первых лет болезни отсутствием межличностной дистанции. При анализе данного случая мы ни на минуту не должны забывать переплетения психопатоподобных проявлений и последствий грубой социально-педагогической запущенности, которые также могут усугублять феноменологию асоциального поведения и создавать впечатление более грубого дефекта, чем имелся в действительности.)

Участкового психиатра после выписки не посещал, поддерживающее лечение не получал, по направлению участкового психиатра был госпитализирован. Травмы головы и операции на голове отрицает, из перенесенных — операция по поводу врожденной пахово-мошоночной грыжи, аппендицита, варикоцеле. Психическое состояние: самостоятельно жалуется на снижение памяти. Сознание не нарушено, ориентирован верно. В контакт вступает неохотно, отрицает все приводимые доводы, жалобы бабушки. Активно диссимилирует, категорически отрицая все приписываемые ему действия. Внешне подчеркнуто аккуратный, модельно острижен, выбрит, одежда молодежного стиля. Внутренне напряжен, выражение лица озабоченное, гипомимичен. Голос громкий, при разговоре о взаимоотношениях с бабушкой входит в состояние аффекта, крайне озлобляется. Речь заносчива, свысока. Эмоционально снижен. Мимика адекватная. Взгляд тревожный, пронизывающий. Настроение неустойчиво, озлоблен. Память и интеллект достаточны. Жалуется на снижение памяти. На вопрос о том, доволен ли собственной внешностью, сказал, что имеет недостаток массы тела около 10—15 кг, для компенсации которого занимается упражнениями и усиленно питается. Переубеждению, что имеет достаточную массу и пропорциональное телосложение, не поддавался, возражал, что слишком худые руки и ноги, говорил, что это мешает ему. Наличие обманов восприятия выявить не удастся. К состоянию не критичен. Диагностировано шизотипическое расстройство с гебоидным синдромом и дисморфоманией. Прошел курс лечения. За время стационарного лечения стал спокойнее. Во время беседы высказывает планы по трудоустройству. Оценивает свое поведение как «несправедливое». Настроен на трезвый образ жизни. По настоятельной просьбе бабушки в связи с возможностью трудоустройства выписывается под дальнейшее наблюдение участкового психиатра».

(Итак, через 17 лет после первого обращения к психиатру, на 22-м году жизни, при осмотре в стационаре мы констатируем развернутую вялотекущую шизофрению в форме гебоидного синдрома с довольно выраженными негативными проявлениями и богато сдобренными последствиями грубой социально-педагогической запущенности.)

После 1999 г. не работал, не был на инвалидности. Жил у бабушки. Посещал психиатра только после приглашений. Сведения о пациенте участковый психиатр получал в основном от бабушки.

С января по июль 2005 г. отработал год в Челнинском Татнефтехиммонтаже слесарем. Зарабатывал от 5 до 6 тыс. рублей. Проживал с женщиной (сожительницей) в течение последних 7 лет. Отношения с гражданской женой сложились хорошие — любит свою женщину — Евгению. Она является единственным человеком, кого он почитает и уважает. Детей не имеют. Вместе решили их не заводить, пока нет собственной квартиры и стабильности. Из бытовой характеристики следует, что за годы совместного проживания показал себя перед соседями только с положительной стороны. С соседями вежлив, общителен, всегда приветлив, в помощи безотказен. С шумной компанией в подъезде замечен не был, в состоянии алкогольного опьянения никогда не видели. В семье спокойный, уравновешенный, внимательный к жене и матери. Из производственной характеристики следует, что за время работы показал себя с хорошей стороны. К работе относится добросовестно. Нарушений трудовой дисциплины и общественного порядка не имел. Активно участвует в общественной жизни предприятия, пользуется уважением у коллектива предприятия. Администрация ОАО «Челнинский ТНХМ» ходатайствовала об не избрании меры пресечения в виде заключения под стражу Р. и ручается о его явке в ОВД г. Наб. Челны по первому требованию. Работает слесарем, работа нравится.

(Ну, что ж? Мы отмечаем становление полноценной ремиссии с довольно хорошей социальной адаптацией, отсутствием какой-либо психопродуктивной симптоматики и заметным смягчением негативного симптомокомплекса.)

В день правонарушения был в опьянении — выпил 0,5 л пива. Из показаний, данных на очной ставке, известно, что 9 августа 2006 г. вечером он гулял на улице, пил пиво. Около 20 ч познакомился с двумя парнями. Они попросили закурить, затем вместе распили пиво. Он сильно захмелел и нечаянно облил брюки одному из парней. Парни стали его ругать, а затем один схватил его за ворот водолазки и нанес кулаком удар в скулу, а

другой — дважды ударил кулаком по голове. Он стал просить не бить его. Они прекратили наносить удары, но за это он должен зайти в магазин «Чатыр» и взять коробку со жвачками.

При проведении освидетельствования АСПЭ в психическом состоянии было зафиксировано следующее: сознание не помрачено. Правильно называет свою фамилию, имя и отчество, год рождения, возраст. Ориентирован в месте, времени. Двигательно спокоен. Контакту вполне доступен и заинтересован в беседе. Дистанцию соблюдает, вежлив и предупредителен в разговоре. Речь грамотная, словарный запас богатый. Интеллект значительно выше среднего уровня. Память сохранная. Сообщает, что с бабушкой часто возникали конфликты, с матерью тоже, но с Евгенией живут в мире и дружбе. Причиной конфликтов с матерью и бабушкой считает бытовые мелочи. Эмоционально несколько нивелирован, что проявляется в ровном, слегка прохладном тоне разговора. Эмоциональное оживление зачастую выражается лишь в появлении раздражительности. Случившееся правонарушение объясняет принуждением со стороны поделщиков и страхом за себя и свою жизнь. «Когда они меня побили, я решил выполнить их требования, думал только, чтобы отвязались». Сообщает, что страх исчез только тогда, когда был пойман охранниками: «Мною владели уже другие люди, было уже не страшно». Высказывает реальные планы на будущее, утверждает, что хочет и может работать, зарабатывать на жизнь с Евгенией. Считает необходимым жить отдельно от матери и бабушки. Соглашается, что ранее был болен, но признаков заболевания в настоящее время у себя не находит. В то же время, явно с облегчением, узнает о перспективе возможного принудительного лечения и просит лечить не в стационаре: «Я буду амбулаторно точно приходить в назначенное время, клянусь вам!» Учитывая все изложенное выше, комиссия АСПЭ пришла к заключению, что Р. А.А. обнаруживает признаки хронического психического заболевания в виде шизотипического расстройства с ведущим психопатоподобным синдромом (псевдопсихопатическая шизофрения, F21.4 по МКБ-10). Данное диагностическое суждение устанавливается на основании анамнеза: отягощенная наследственность, признаки шизоидности с раннего детства (малообщительность, отсутствие контактов со сверстниками, стремление к спокойным монотонным занятиям, блестящие успехи в школе). Обнаруживается характерная динамика психических расстройств (невротическое расстройство личности — гебоидный синдром, расстройство личности по шизоидному типу, декомпенсация в виде психопатоподобного синдрома). Медленно нарастали негативные расстройства в виде эмоциональной холодности в отношении к близким, на фоне повышенной ранимости в отношении к собственной персоне (считает себя ущемленным, повышенное внимание уделяет внешнему виду, при общении с приятелями стремится выглядеть на «уровне»). Отмечались многолетние проявления нерезко выраженной РЭП в виде невыполнения элементарных гигиенических правил, отказа раздеваться, ложась спать, обладания значительными знаниями с невозможностью их реализации. Отмечались некоторые проявления дрейфа в виде частых алкогольных эксцессов в различных компаниях, завершающихся беспорядками и приводами в милицию. Имелись отрывочные позитивные симптомы в виде нерезко выраженных дисморфофобических расстройств с малопродуктивными, однообразными занятиями физическими упражнениями и применением высококалорийной диеты, характерные для гебоидного синдрома расстройства поведения, в виде аффективно-волевых нарушений, противоречащих общественным нормам и приводящих к выраженной дезадаптации. В течение последних лет отмечается клиническая субкомпенсация болезненного процесса, появились первые попытки социализации образа жизни, создания собственного семейного окружения, установления неформальных отношений с гражданской женой. Правонарушение носит характер незапланированного случайного эпизода, вызванного не столько стяжательскими или корыстными интересами, сколько стремлением к самозащите. Это позволило рекомендовать суду амбулаторное принудительное лечение.

Подведем итоги. Итак, через весь длинный заболелания сквозным статусным синдромом прослеживается психопатоподобный синдром, начавшийся с псевдо-истерических феноменов, достигший к пубертату типичного гебоидного синдрома, стабилизировавшийся в третьем десятилетии жизни пациента. Выраженность

и грубость психопатоподобных проявлений, нарастание с годами типично процессуальных негативных изменений личности при практическом отсутствии психопродуктивной симптоматики, с одной стороны, позволяет утверждать, что феномены болезненных расстройств значительно превосходили по своей выраженности и силе проявления аномалии личности, но, с другой стороны, десятилетиями симптоматика вращалась вокруг одного регистра расстройств — расстройств личности. Кроме того, на выраженность и «брутальность» психопатоподобных проявлений оказывала влияние грубая социально-педагогическая запущенность, придававшая всему статусу яркий антисоциальный колорит. Диагностирование дисморфомании нам представляется некорректным, так как не произошло не только развития якобы бредовой идеи, но не случилось и становления самого бреда.

Одно замечание о нехватке веса — еще не бред, ибо оно не сопровождалось бредовым поведением, реализацией бредовой идеи, доведением до известного абсурда желания пополнить. Не было и высказываний пациента о недовольстве окружающих его внешностью и худобой. Ничего этого не случилось. По всей вероятности, имела место транзиторная сверхценная идея, самокупиrowавшаяся довольно быстро. Таким образом, по структуре болезненных феноменов, по динамике их развития и стабилизации мы можем утверждать о вялом течении процесса. Об этом же говорит, если можно так выразиться, промежуточная мягкость дефекта на момент окончания третьего десятилетия жизни. Если в первые годы развития болезни негативные нарушения нарастали все же довольно прогрессивно, то к моменту описания пациента в этих избранных главах дефект не только стабилизировался, но и несколько смягчился.

Шизотипическое расстройство с дисморфоманией

М. Ольга Ивановна, 1989г. рождения. Поступила в стационар ПНД 31.01.05 г. Жалобы при поступлении не предъявляет. **Анамнез:** со слов больной и ее матери известно, что наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась от первой беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза (до 20 нед.), нефропатии беременных с 24-й недели. Мать больной на сроке 7—8 мес. лежала на сохранении. Роды срочные, в родах высокое артериальное давление (систолическое до 200мм рт. ст.). Девочка закричала сразу, масса тела при рождении 3 кг. В психомоторном развитии опережала сверстников, росла подвижной, шустрой, общительной девочкой. С трехлетнего возраста посещала детский сад. В раннем детстве перенесла ветряную оспу, краснуху, корь, редко болела ОРЗ. С 3-летнего возраста в течение года отмечались **головные боли** в утреннее время, сопровождающиеся тошнотой. Их появление связывали с началом посещения детского сада, «врачи расценили, как невротическую реакцию», состояние нормализовалось самостоятельно. В школу пошла с 7 лет. С самого начала училась легко, на «хорошо». В настоящее время обучается в 10-м классе массовой общеобразовательной школы. Занимается с 8 лет спортом, достаточно успешно участвовала в соревнованиях. Менструации начались с 13 лет. В течение 6 мес. после их начала девочка «оформилась», прибавила в массе тела на 6 кг (до болезни масса тела 51 кг).

(Следует отметить, что в преморбиде никаких отклонений ни в поведении, ни в характерологических проявлениях у Ольги не замечалось.)

Со слов матери больной известно, что дочь стала меняться с 14 лет. Сначала постепенно ограничивала себя в еде: исключила завтрак, затем обед, при этом продолжала активно заниматься спортом. Мать обеспокоилась, когда отметила, что дочь похудела

на 3кг (до 48 кг). Обратились за консультацией к психологу, который после беседы с девочкой никаких болезненных изменений не нашел. Семейей поехали в Турцию, где больная всячески старалась избегать застолья, находила разные предлоги, чтобы раньше уйти с пляжа якобы пообедать, не спускалась на ужин, ссылаясь на головную **боль**, и т.д. За период отдыха похудела еще на 4 кг. По возвращении домой больная продолжала терять в массе тела, отказываясь от еды. Нарушился менструальный цикл (менструации прекратились).

(Ну, что ж, пока мы констатируем лишь анорексию, напоминающую обычную «нервную анорексию» у девушек в позднем пубертате).

При повторной консультации (масса тела 40 кг) девочка была направлена к психиатру. Мать не последовала совету психолога и увезла дочь в Сочи на отдых, где насильно ее заставляла кушать. С отдыха больная вернулась с массой тела 45 кг, но в течение нескольких месяцев похудела, полностью отказавшись от еды, в течение 3 мес. пила только воду и «таблетки для похудения». В течение 5 дней (с 10.01.04 г.) в условиях дневного стационара получала лечение в московской психиатрической больнице. Затем продолжила лечение в психиатрической больнице одного из городов Урала с 15.01.04 г. в течение 3 нед. Постепенно начала кушать, набирать в массе тела. Из-за проблем со стулом якобы «по рекомендации медперсонала» принимала слабительные средства. После выписки из психиатрического стационара, «решив стать привлекательной, перед школой», стала настойчиво сбавлять в весе, употребляя большие дозы слабительных средств (до 10—15 таблеток за один прием). К сентябрю стала весить 35,5 кг, что явилось поводом очередной госпитализации в

психиатрическую больницу, где больная находилась в течение месяца, поправившись до 46 кг, но после выписки тайком продолжила прием слабительных средств на фоне ограниченного питания, за месяц потеряла 6 кг.

(И вновь, пока синдромальная оценка состояния может укладываться только в синдром нервной анорексии, иных данных у нас нет.)

Со слов матери: за последний год больная изменилась, стала менее общительной, уединяется, пропала жизнерадостность. Из-за слабости, утомляемости была вынуждена отказаться от спорта. (Появляется первое указание на изменение в поведении, не укладывающееся в анорексию, фиксируются элементы аутизации.)

Однажды мать застала дочь, рассматривающей в Интернете сайт: «играла похоронная музыка, описывались случаи отказа от еды с летальным исходом». Обеспокоенная состоянием дочери, особенно тем фактом, что дочь с каждым разом теряет в массе тела все быстрее, мать обратилась в ПНДг. Набережные Челны (по рекомендации проживающей здесь сестры).

Со слов больной: стремление похудеть появилось через 2 нед. после «острого» замечания дочери своего тренера, отметившей непропорциональность тела больной: «Сама худая, а щеки пухлые». Через две недели, обдумывая данное замечание, рассматривая себя в зеркале, больная согласилась с «внешним дефектом», «действительно щеки круглые», в связи с чем стала ограничивать себя в еде.

(Итак, отметим сверхценный механизм появления «идеи похудания». Особенности — реакция на замечание появляется не сразу, как бывает при психогениях, а отставлено — двумя неделями позже. Появлению идеи предшествует «обдумывание».)

С подругами данную тему не обсуждала, так как не считала их мнение объективным. Негативно воспринимала настойчивые убеждения родителей в необходимости поправиться, набрать массу тела, всячески, обманывая, находя разные доводы и причины, старалась отказаться от еды. После курсов лечения в психиатрическом стационаре, где больная набирала в массе тела (до 45 кг), за несколько дней, ограничивая себя в еде и употребляя

большое количество слабительных препаратов (до 10—15 таблеток в день), быстро теряла в массе тела (до 40—35 кг). Слабительные препараты стала принимать с февраля (марта) 2004г. после первого курса стационарного лечения. Их прием тщательно скрывала от родителей, мотивировала появлением неприятного чувства «тяжести» в эпигастральной области, чувства «бурления» в животе, нарушением стула (запорами).

(Отмечаем упорный характер аноректического поведения, негативное восприятие убеждений со стороны родителей и врачей, явления диссимуляции и сокрытия своих мыслей или действий).

Со слов больной, на протяжении последних 6—5 мес. появилось желание поправиться, набрать в массе тела («не нравлюсь себе... ничего не могу подобрать из одежды...»), но по-прежнему продолжала принимать слабительные, «из-за дискомфорта в животе», ограничивать себя в еде, полностью отказываясь от многих продуктов. К психиатру ПНД г. Набережные Челны обратилась по настоянию родителей.

Соматическое состояние: рост выше среднего, правильного телосложения. Пониженного питания, гипотрофична. Масса тела 40 кг. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, сухие, тургор снижен. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД = 95/70мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Неврологическое состояние: ЧМН — зрачки равные, фотореакции живые. Язык по средней линии. Мимическая мускулатура симметричная. Сухожильно-периостальные рефлексy вызываются без заметной разницы с обеих сторон, живые. Патологических «знаков» нет. Нарушений чувствительности нет. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет правильно. Менингеальных «знаков» нет.

Психическое состояние: больная в отделение пришла рано утром в сопровождении матери. Терпеливо дождалась приглашения в кабинет. Походка неторопливая, движения несколько скудные, свободные. Сознание не помрачено. Села на предложенный стул. Одета опрятно, со вкусом, в молодежном, свободном стиле. Одежда в розовых тонах. На лице легкий макияж. Настроение несколько снижено. Взгляд задумчиво-тусклый, углубленный в себя. В ходе беседы редко улыбается, в глазах появляется легкое оживление. Больная интереса к беседе не проявляет, достаточно пассивна. Общение строится по типу: вопрос — ответ. При этом ответы чаще односложные, чаще носят формальный характер.

(В психическом состоянии довольно большое место занимает описание отгороженности, пассивности, формальности контакта.)

В темах, касающихся ее переживаний, уклончива, каждый заданный вопрос долго обдумывает, выданные ответы носят неинформативный характер. В целом контакт малодоступен. После настойчивых расспросов врача о причине голодания нехотя сообщила, что на ее «внешний недостаток» указала дочка тренера. Отмечает, что длительное время была уверена в том, что ее лицо круглое, а непосредственно щеки «пухлые».

(При беседе с пациенткой у всех врачей сложилось твердое убеждение, что из последнего предложения необходимо изъять слово «была». Она и на момент беседы уверена в пухлости своих щек и «круглости» лица.)

Уверяет врача в том, что хочет поправиться, мотивируя это тем, что «устала...., не нравлюсь себе..., ни одна одежда не подходит...», в то же время отметила, что хотела бы носить самый маленький размер. Сути употребления слабительных не объясняет, уклончиво заявляет, что «приучили в больнице», что боится возможных запоров, что появляется неприятное ощущение «тяжести в желудке» через несколько минут после приема пищи, «бурление в животе». Жалобы на здоровье на момент осмотра не предъявляет: «Единственное, что меня тяготит — это необходимость лечения в психиатрической больнице».

(Очень важная ремарка, свидетельствующая об отсутствии критики. У девушки похудание, граничащее с кахексией, аменорея, а ее ничего не беспокоит, кроме необходимости лечиться у психиатров.)

О своей жизни, общении с подругами, интересах, спорте рассказывает также без энтузиазма, довольно скучно, однообразно. Речь последовательная, не эмоциональная. Голос тихий. Мышление по темпу несколько замедленное, по стройности не нарушено. Грубых интеллектуальных и мнестических нарушений не выявляется. Расстройств восприятия выявить не удается. Пассивно согласилась на лечение.

Итак, что мы имеем после первого осмотра комиссией врачей-психиатров? На момент осмотра выявляемые проявления нервной анорексии носят атипичный характер (наличие 2-недельного интервала между психотравмирующей ситуацией и началом ограничения в еде, постепенный отказ от еды), прием слабительных средств в больших количествах (10-15 таблеток) для снятия «тяжести» в желудке, «бурления» в животе, субдепрессивный аффект, гипотрофия, малодоступность контакта (вплоть до диссимулятивного поведения) на фоне сохранной личности и проявлений аутизации. Комиссия делает вывод о том, что вероятнее всего психическое расстройство «идет в сторону» эндогенного (вялотекущего) процесса. Основная «идея» о необходимости похудения должна дифференцироваться между дисморфофобией и дисморфоманией. Сделаны следующие назначения: стол № 15, кровь на RW, ФЛ, общие анализы крови и мочи, сахар крови, биохимический анализ крови, ЭКГ (дистрофия миокарда, функциональные нарушения), психотерапия (индивидуальная), массаж расслабляющий на воротниковую область № 8; контроль: АД, ЧСС в течение 10 дней, массы тела 1 раз в 5 дней (с последующей фиксацией в истории болезни); за приемом инфузионных вливаний (процедурной медсестре); за приемом пищи, поведением после приема пищи в течение 1—1,5 ч (возможно искусственное вызывание рвоты).

01.02.05 г. на приеме по приглашению. Состояние без динамики. АД 90/60 мм рт. ст. Дополнительно назначено: Sol. Anafranili 1,0 + Sol. NaCl 0,9% 200 мл внутривенно капельно, № 1 (после завтрака в 9 ч 30 мин), Sol. Triflazini 0,2% 1,0 + Sol. NaCl 0,9% 200 мл внутривенно капельно, № 1 (после анафранила). После капельных вливаний немного сонлива, жалуется на тяжесть в голове. 02.02.05 г. в отделение пришла к 9 ч 00 мин в сопровождении тети. Самостоятельно жалоб на здоровье не предъявляет. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 106 ударов в минуту. Стула со слов больной не было. Вновь дополнительно сделаны назначения: Sol. Anafranili 1,0 + Sol. NaCl 0,9% 200 мл внутривенно капельно, № 1 (после завтрака в 9 ч 30 мин) (св), Sol. Glucosae 5% 400 мл + Sol. Acidi ascorbinici 5% 6,0 внутривенно капельно, № 5 (св) (после капельницы с анафранилом, перед капельницей сделана кожная проба с целью исключения аллергической реакции на глюкозу — со слов больной), Sol. Triflazini 0,2% 1,0 + Sol. NaCl 0,9% 200 мл внутривенно капельно, № 1 (после капельницы с глюкозой) (св), Sol. Natrii adenointriphosphais 1% 1,0, № 3, затем с 05.02.05 г. по

2.0 мл внутримышечно, № 25 (св), Sol. Tocopheroli acetates oleosa 30% 0,5 мл внутримышечно, № 30, в домашних условиях — очистительную клизму. Позвонила тетя больной (врач по профессии), сообщила, что у племянницы внезапно «свело» мышцы шеи, завело назад голову, закатились глаза. В связи с появлением нейролептического синдрома, по телефону даны рекомендации, чтобы сделали следующие назначения: Sol. Relanii 0,5% 1.0 внутримышечно, № 1, Tab. Cyclodoli 2 мг под язык.

Со слов тети больной, через 15—20 мин после выполнения рекомендаций состояние нормализовалось. 03.02.05 г. пришла самостоятельно на прием. Состояние удовлетворительное. Сообщила, что вчера после купирования острого нейролептического синдрома чувствовала себя хорошо, но отмечала нарушение сна, которое связала с инъекцией реланиума, «я и раньше от него не могла спать...». На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. Взгляд оживленный. Спокойна. Продолжено лечение: Sol. Anafranili 1,0 + Sol. NaCl 0,9% 200 мл внутривенно капельно, № 3 (после завтрака в 9 ч 30 мин) (св), Sol. Triftazini 0,2% 1,0 + Sol. NaCl 0,9% 200мл в/в капельно № 3 (после капельницы с глюкозой) (св), Tab. Cyclodoli 2 мг после капельниц № 3.

Мы почти документально воспроизвели начало истории болезни. Клинический диагноз, выставленный в истории болезни, соответствовал понятию шизотипического расстройства личности (вялотекущей шизофрении) с дисморфофобическим синдромом.

Осенью 2005 г. была проконсультирована в амбулаторных условиях без госпитализации. При беседе продолжала утверждать, что хочет поправиться, но при этом акцентировала внимание врачей на свойствах своего лица и щек, которые, по ее мнению, все еще не достигли желаемых стандартов. Со слов матери, после лечения в стационаре продолжала украдкой принимать слабительные средства. Менструальный цикл не восстановился. Критика к прежним переживаниям не появилась. Был назначен rispoleпт по 2 мг в день в течение длительного времени. По договоренности с матерью прием нового нейролептика планировался на полугодие — до мая 2006 г. На фоне rispoleпта состояние постепенно стало улучшаться. К марту обрела довольно неплохую физическую форму, поправившись до 48 кг, появилась улыбка на лице, планы на поступление в ВУЗ после школы. Из сведений, сообщенных в устной беседе с матерью в ноябре 2006 г., после сдачи экзаменов в школе поступила в Горно-металлургический институт на факультет, связанный с технологией пищевой промышленности. Фон настроения выровнялся, появились новые друзья, не прерывала дружбу и с прежним кавалером. Стала активнее, очень похожей на себя, каковой была до болезни. От пищи не отказывается, но соблюдает определенную диету. Масса тела повысилась до 52 кг. Лекарственные препараты (rispoleпт) перестала принимать, как и договаривались, в мае 2006 г. Никаких жалоб на здоровье ни у пациентки, ни у ее матери нет.

Итак, мы имеем дело с типичным случаем мягко протекающей шизофрении, или шизотипического расстройства, замаскированного в начале заболевания в синдром нервной анорексии. Психотическое состояние длилось 2 года. (По данным статистических разработок школы А.В. Снежневского, дисморфофобический синдром длится в среднем 1 год 10 мес.). Основным синдромом был, несомненно, бредовый, проявлялся в бредовой уверенности в наличии у себя физического недостатка, прежде всего в области лица — округлой форме лица и пухлости щек. Почему мы считаем, что это больше, чем дисморфофобия? Фобия — это страх. Здесь же была убежденность в наличии мнимого уродства, о котором знали окружающие люди. Убежденность не просто не корректировалась, но и диссимулировалась, скрывалась от близких ей людей. Пищевое поведение (и не только пищевое) подчинялось полностью этой идее. Последствия бредовой анорексии были катастрофическими для ее организма, несмотря на это критически ею не оценивались, себя больной она не считала — пассивно подчиняясь давлению матери. Только применение нейролептических средств купировало постепенно бредовый синдром. Мягкость течения подтверждается катамнезом — полной социальной адаптацией, сохранением душевных привязанностей, снижением уровня аутизации.

Переходный вариант. Шизофрения с ипохондрическим бредом

Вялотекущая шизофрения. Переходный вариант

Мы привыкли считать шизотипическое расстройство (вялотекущую шизофрению) малопрогрессирующим, мягким процессом. Как правило, сквозными синдромами являются неврозоподобные, психопатоподобные, а также деперсонализационно-дереализационные состояния. Реже встречаются сверхценные и паранойяльные расстройства. Следует помнить, что в первых мультидисциплинарных исследованиях (1969, 1972 гг.) рассматривался вариант вялотекущей шизофрении в виде паранойяльного бреда. В двухтомнике «Руководства

по психиатрии» под ред. А.С. Тиганова (1999 г.) такого отдельного варианта уже нет, и бред уже не упоминается в числе типичных расстройств этой формы шизофрении [66]. Но еще в те далекие 70-е годы паранойальная шизофрения рассматривалась как переходный вариант между вялотекущей и параноидной шизофренией. Представляем вам как раз такой случай из нашей практики.

Случай 3. Шизофрения с ипохондрическим бредом

Б. А.В., 1968г. рождения.

Анамнез. По поводу наследственности известно, что отец много лет назад перенес травму головы, по характеру был властный, деспотичный, придирчивый, нетерпим к точкам зрения, отличным от его собственных; в связи с неуживчивостью в коллективах часто менял места работы. Мать отличалась замкнутостью в сочетании с экзальтированностью, была склонна винить окружающих в несправедливом к ней отношении. В течение двадцати лет настойчиво «боролась» с психиатрами по поводу «неправильной» диагностики заболевания сына, категорически отказывалась от наблюдения, писала множество писем и жалоб в различные инстанции, хотя инициатива обращения к психиатрам во всех случаях исходила от нее.

(Мы констатируем, что и мать, и отец пациента подпадают под понятия «мать шизофреника, отец шизофреника». Оба отличаются психопатическими чертами личности, проводят в своей воспитательной практике сверхпротективный стиль воспитания. Мать на протяжении двух десятков лет неустанно борется с психиатрией. Меняет отношение к психиатрам только после слов попа-батюшки: «У вас психически больной сын».)

Пациент родился единственным ребенком в семье, беременность и роды у матери протекали без осложнений. В ранние годы отличался «нервностью», был плаксив. В школу пошел в 7 лет, учился хорошо, тяготел к гуманитарным предметам, уже в начальных классах проводил политинформации. Рано увлекался историей; по свидетельству директора школы, порой превосходил в познаниях преподавателей. Имел немного товарищей, близких друзей не заводил. В кругу сверстников держался высокомерно, «третировался» ими. Любил фантазировать, часто в воображении рисовал сцены отмщения обидчикам. Нередко старался подчеркнуть свое превосходство перед учителями, испытывал удовольствие, уличая их в недостаточной компетентности. Много читал, был «домоседом».

(Отмечаем, что в преморбиде мы сталкиваемся с ребенком, отличающимся повышенными интеллектуальными способностями, к которым примешивались психопатоподобные нарушения, повышенной склонностью к фантазированию, некоторым отличительным поведением от прочих сверстников.)

Рос в атмосфере разлада между родителями: мать часто упрекала отца в черствости, бессердечии, давала понять, что с ее интеллектуальными и духовными задатками могла бы заслуживать лучшей участи, говорила, что всю жизнь посвятила сыну. В отношениях между пациентом и матерью, со слов последней, преобладали полное доверие и подчеркнутая взаимная привязанность. Мать поощряла увлечения сына, преувеличивала его способности, была не критична к его патохарактерологическим чертам. Отец часто придирался к сыну, обоснованно упрекал его в упрямстве, своеволии, эгоцентризме, в их отношениях царил взаимное отчуждение.

Впервые обратились к психиатру в 1980 г. Мать жаловалась на поведение сына в школе, что мальчик очень трудно, повышенно реагирует на мелкие несправедливости, например завизжал, когда заставили мыть пол («не переносит воду»). Не переносит трения одежды о тело. Много читает, в основном историю и приключения. В доме ничего не хочет делать, закрывается в своей комнате. На замечания кричит, весь покрывается пятнами.

В психическом статусе детский врач-психиатр описывает адекватное поведение. Внешний вид аккуратный. Внимание отвлекаемое. Быстро возбуждается, гримасничает. Ориентирован во всем формально. Критичен к своим переживаниям. Диагностируется психопатоподобный и неврозоподобный синдром в результате неуточненных причин (возможно биологической природы).

(Необходимо согласиться с детским психиатром, ибо на этапе инициальных расстройств мы должны ограничиться именно психопатоподобными и неврозоподобными нарушениями, вслед за которыми, согласно логике развития малопрогредиентной шизофрении, должны появиться признаки психической астении.)

В старших классах у пациента отмечались периоды нервозности, утомляемости, связывал это с продолжительной болезнью матери и необходимостью ежедневно навещать ее в больнице. По окончании школы поступал на исторический факультет университета, но не выдержал конкурса. Весной 1987 г. призвался в армию,

на сборном пункте испытывал унижения со стороны призывников, последние пытались якобы склонить его к гомосексуальному контакту. В связи с простудным заболеванием обратился к врачу и был направлен со сборного пункта по месту жительства, в военкомат не ходил, испытывал ужас перед предстоящей службой. По настоянию матери согласился на госпитализацию в стационар ПНД, чтобы «полечиться от нежелания идти в армию». 31.03.1987г. на прием обратилась мать, с ее слов, сын ведет себя странно, полностью перестал общаться, много читает, много увлекается историей, политикой, очень раздражителен, вспыльчив, медлителен, отмечались плохой сон, бессонница, плохой аппетит. Во время учебы постоянно опаздывал. Стал закрываться в комнате, уединяться, не дает убираться в комнате. Отказывается идти в райвоенкомат. О службе в армии заявил, что если его отправят служить, то он «возьмет автомат и всех перестреляет».

Из выписки к истории болезни №351 ПНД г. Брежнев известно, что с 10-12 лет родители отмечали странности всего поведения. Очень много читал, ничего не делал по дому. Остро реагировал на замечания, обижался. Уклонялся от трудовых дел. Упрям, эгоистичен, может сильно переживать по незначительному поводу. Друзей не имеет. Дома часто моет руки. Делает это очень долго, намыливает каждый палец в отдельности. Подолгу устанавливает перед сном каждую вещь на отдельное место. Моется редко, долго предварительно готовится.

Шизофрения с ипохондрическим бредом

(В этой части анамнеза вырисовывается, пока еще нечетко, основное психопатологическое расстройство — сверхценные идеи, феноменологически проявляющиеся мизофобией, которые затем, в соответствии со стереотипом развития паранойяльного синдрома, должны перерасти в паранойяльный бред.)

Радио выключает, предварительно взяв в руки салфетку. Часто конфликтует с отцом, который делает ему замечания. Возбуждается во время этих конфликтов, бранится, не разрешает матери убирать в своей комнате. Психическое состояние. В стационаре психоневрологического диспансера отмечается верная ориентировка. Отвечает неохотно. Во время беседы сидит, отвернувшись от врача, ерзает, подергивает и покачивает головой. Часто усмеивается многозначительно. В ответах резонерствует, сам задает вопросы, иногда внезапно замолкает, заявляет «все равно не поймете». Бредовых идей не высказывает. Галлюцинаций не выявлено. В отделении держится несколько обособленно, высокомерно, из-за чего неоднократно конфликтовал с другими больными, призывниками. Считал их виновными в ссоре, жаловался врачу, боялся, что его обидчик его изобьет, подкараулит. Требовал повышенного внимания к себе со стороны медицинского персонала, тяготился окружающей обстановкой. Был брезглив, не хотел ложиться в постель, так как считал, что она грязная. После ссоры со сверстниками долго не мог успокоиться, тяжело дышал, возмущался, высказывал опасения, что ему будут мстить. Отказывался от лекарств. Лечение полностью не закончил, так как не вернулся в отделение из домашнего отпуска. По согласованию с матерью больной был выписан под наблюдение участкового психиатра для продолжения лечения амбулаторно.

(Итак, при первой госпитализации в стационар сразу поставлен диагноз хронического психического заболевания, констатируют наличие сверхценных идей, психопатоподобного поведения, отмечают деликатно выраженные качественные нарушения мышления.)

После выписки из стационара ПНД был освобожден от службы в армии по ст. 4. Узнал от знакомых, что это означает диагноз шизофрении, был потрясен этим обстоятельством, чувствовал себя оскорбленным, униженным. Не работал, полагая, что «с таким диагнозом возьмут разве что в дворники», чувствовал смятение, опасаясь, что о его «позоре» «узнает весь город». Ощущал себя «жертвой советской психиатрии». Большей частью сидел дома, читал, помногу обсуждал с матерью происшедшее с ним. Постоянно ссорился с отцом, упрекавшим его в праздности, со стороны же матери находил полное понимание и поддержку. Обратился в клинику г. Москвы для обследования.

Выписка из истории болезни №856/26812 Клиники психиатрии им. И.М. Сеченова:

В психическом статусе при поступлении обнаруживал напряженность, беспокойно ерзает в кресле, голос раздраженный, в ответ на реплики врачей бросает: «Я не философ, не надо мне софистики». Жалуется на неприятные ощущения в ногах, определяет их как «нервный зуд», усиливающийся при эмоциональном перенапряжении, связывает это с лечением в ПНД. Отмечает нервозность, угнетенность, объясняет это

переживанием «фальшивого диагноза». В беседе постоянно сбивается на тему «советской психиатрии», при этом усмеивается, тяжело дышит, говорит о себе, как о жертве «системы». Высказывает недоверие к собеседникам, в то же время соглашается на обследование и подбор лечения. Соматический статус: проявления физического инфантилизма. Рост ниже среднего. Сложен непропорционально. Упитанность несколько избыточна, оволосение умеренно, Кожа бледная. Уздечка языка укорочена. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Пульс до 92 ударов в минуту, сниженного наполнения. Обследование внутренних органов: без патологических признаков. Неврологически, сглаженность левой носогубной складки. Легкая девиация языка влево. Симптом Хвостека I степени. Легкий тремор кистей. Нестойкий белый дермографизм. Консультация профессора кафедры нервных болезней А. М. Вейна: акатизический синдром, проявляющийся элементами синдрома «беспокойных ног» в рамках основного (психического) заболевания. ... ЭЭГ (от 09.11.1983 г.): незначительные изменения БЭА головного мозга без очаговых и пароксизмальных знаков.... Лечение: феназепам до 0,0015, фенибут до 2,0, рудотель до 0,04, финлепсин до 0,8, галоперидол до 0,0006, сонапакс до 0,03, ноотропил до 0,4, хлорпротиксен. до 0,03, сибазон по 0,01, френолон — 0,005, панангин по 4 драже, реланиум до 0,03 в различных сочетаниях.

(Отметим, между строк, что при постановке диагноза расстройства личности московские коллеги используют в терапии антипсихотические средства вплоть до больших нейролептиков — галоперидола, френолона, хлорпротиксена.)

В динамике состояния отмечалось, что на фоне психофармакотерапии и соматической коррекции нормализовались показатели крови, артериальное давление, ЭКГ-признаки. Отмечена плохая переносимость нейролептиков и транквилизаторов при самых умеренных дозах, что отнесено за счет конституциональной церебральной недостаточности. В процессе подбора терапии толерантность к лекарствам повысилась, но превышение указанных выше доз вызвало выраженный дискомфорт без объективизируемых побочных реакций. По мере пребывания в клинике на фоне приема фенибута и малых нейролептиков в поведении несколько смягчился, в беседах с врачами появилась доверительность, проявлял интерес к характеру проводимого лечения. Наряду с этим часто возникали конфликты с персоналом, последний обвинялся пациентом в невнимательном, пренебрежительном к нему отношении, добродушные шутки медсестер воспринимал как оскорбление. Ни к кому из больных симпатий не испытывал, хотя много времени проводил в дискуссиях на политические темы, при этом обычно находился в оппозиции к собеседникам, держался заносчиво, испытывал удовлетворение, одерживая верх в споре. В беседах с лечащим врачом охотнее всего говорил о «традициях советской психиатрии», обнаруживал при этом ригидность установок. Не согласился с ролью пациента психиатрической клиники, считая себя совершенно здоровым, указание на ряд девиантных черт воспринимал как оскорбление, хотя и проявлял известную критичность в отношении собственных личностных черт. Достаточно внимательно прислушивался к психогигиеническим рекомендациям, выяснял характер терапии после выписки, имея в виду прежде всего избавление от неприятных ощущений в ногах. Последние существенной динамики в процессе лечения не претерпели.

Психологическое обследование в динамике: настороженно относится к обследованию, при затруднениях начинает сильно волноваться, искать оправдания своей несостоятельности, просит дать ему возможность повторно выполнить трудное задание, чтобы проверить самого себя. Несмотря на внешний апломб, декларируемую уверенность в своих взглядах, большой в беседе обнаруживает двойственность позиции, поддается переубеждению в ряде лично значимых для него вопросов. Тем не менее остается упрямым и настойчивым в стремлении доказать всем и самому себе, что полностью здоров психически. На первый план при обследовании выступают особенности мышления шизоидного круга: искажение обобщений на основе ориентации на второстепенные свойства предметов.

(На занятиях в школе молодого психиатра мы не раз говорили о нарушении мышления при шизофрении, которое было впервые описано в советской психиатрии в первом мультидисциплинарном исследовании 1969 г. и называлось тогда «нарушением актуализации ранее приобретенных знаний». Нам кажется, что речь в выводах психологического исследования московских психологов как раз и идет об этом нарушении мышления.)

Грубого нарушения целенаправленности мышления, разноплановости в решениях не выявлено. Продуктивность мыслительной деятельности соответствует нижней границе нормы (студенты одного с пациентом возраста), хотя самочувствие в период обследования не являлось удовлетворительным. Пациенту свойственны высокая самооценка, опасения по поводу возможной недооценки окружающими. На фоне «высокой» тревоги и неуве-

ренности в правильности своих действий у больного появляются неприятные ощущения в теле, опасения за свое здоровье, фиксация на самочувствии и, как следствие, — тенденция к ограничительному, щадящему образу жизни. Поведение характеризуется неумением объективно, беспристрастно оценивать людей и события и адекватно действовать, что является следствием некоторой аутичности, своеобразия мышления, эмоциональной незрелости. При выписке из стационара психиатрической больницы им. И. М. Сеченова обнаружилось, что в процессе лечения появилась некоторая критичность в отношении эгоцентрического радикала собственной личности. Рекомендован прием фенибута, ноо-тропила, предоставлены психогигиенические и психокоррекционные рекомендации, направленные на улучшение социальной адаптации. Дана установка на трудовую деятельность, продолжение образования, повторное обращение в клинику в случае необходимости. Указывалось, что диспансерный учет нецелесообразен. Выполняя рекомендации столичной клиники, пациент был снят с динамического диспансерного наблюдения.

В 2000 г. мать этого пациента обратилась к участковому психиатру с жалобами на поведение сына, а 7 августа того же года уже отец больного просит главного врача об оформлении сыну группы инвалидности. 14 и 15 августа того же года участковым врачом с обоими родителями были проведены разъяснительные беседы, в ходе которых они жаловались, что жизнь с сыном стала невыносимой. Сам больной к психиатрам обращаться не желает, от инвалидности отказывается. Со слов родителей выяснилось, что общественно-опасных действий сын не совершает, своей жизни и жизни других не угрожает. Родителям было разъяснено, что с 1990 г., после снятия сына с динамического диспансерного наблюдения, в соответствии с рекомендациями психиатрической больницы им. И. М. Сеченова, принудительное обследование врачом-психиатром возможно только после решения суда, для чего необходимо написать на имя главного врача ПНД соответствующее заявление от заинтересованных лиц, в данном случае - родителей. Такого заявления в течение шести последующих лет на имя главного врача не поступало. В заявлении матери от 22.09.2006г. (на день госпитализации в стационар) констатировалось, что сын устроил родителям «ад на земле». Ни одного дня и ночи не было у них в жизни спокойных за эти 20 лет (с 1986 г.). Особенно последние несколько лет, с каждым годом все хуже и хуже. Стал не только оскорблять, но и бранить нецензурной бранью, проклинать, лезть в драку, толкать, бить, если чуть заденешь словом за оскорбление и издевательства. Несколько раз мог случайно и убить отца. Сильно толкал и мать. Все это со странной истерикой и криками днем и ночью, никого уже не стыдясь. Утверждает, что у него вывернуты ноги в тазобедренных суставах. Если кто не согласен с ним, то это его враг Ns1: врач ли, мать, кто угодно. Реакции на жизненные неурядицы, различные перипетии, малейшее изменение в быту были не адекватны. Все это приводило его в бешенство. На словах агрессивен по отношению к людям. Очень мстителен, мнителен и злопамятлив. Всех ненавидит. Раньше, конечно, таким не был. Отличался в школе прекрасной памятью, логичностью мышления, неординарным подходом ко всем явлениям жизни, поэтому был высокомерен, брезглив, с презрением относился к людям.

День у него начинается со скандала: ему надо «выдать норму» в туалете (по проф. И. И. Мечникову и др. ученым). Ест беспорядочно и плохо, поэтому «это» ему не удается. Кроме того, мешают мать и особенно отец, страдающий желудочно-кишечными заболеваниями и прочими ужасными, связанными с калоизвержениями, заболеваниями. Поэтому скандалы целый день. Сидит на корточках весь день в туалете, почти всегда с открытой дверью. Никого в туалет не пускает. Отец говорит: «Фу!», и тут начинается еще **большой** скандал. У отца черепно-мозговая травма (в 1941 г. после бомбардировки - контузия), и поэтому ему не трудно «подлить масла в огонь». Самое главное, что один проезжий помощник врача, заявивший, что он и сам врач (у него была печать: «Войтко Александр Иосифович»), сказал сыну, что он затрудняется при испражнении потому, что вывернутые косточки в тазобедренных суставах зажимают кишечник. Может быть это и так! Приводит примеры, когда действительно в редких и уникальных труднодоказуемых случаях врачи ошибаются. И иногда это подтверждается по радио и в литературе. Раньше ходил в библиотеку и брал там медицинскую литературу. Оптимальный вариант дня для Андрея — это утром «выгнать» из кишечника все, если не получится промыть кишечник тремя бокалами чая, литром кваса, потом 1 раз в день, вечером, еда.

(Итак, при описании анамнеза заболевания мать мастерски, с феноменологических позиций описывает не только само содержание ипохондрического паранойяльного **брёда**, но и соответствующее ему «бредовое поведение», иную жизнь, онтологически инобытийное существование сына в последние годы.)

Вынуждает мать обслуживать его и тут же вести бесконечные беседы, слушать радио. Зажженный свет, работающее радио мешают отцу спать. Опять скандалы. Ложится спать иногда в 4 ч 30 мин, если моет кастрюли, моет очень долго и тщательно, с содой и т.д. Никому не дает мыть: не умеют. Издевается, скандалит. Иногда (но

это уже надо знать и не задевать), если задеть, проходя мимо в узком месте, — психоз! Конечно, огромную негативную роль в судьбе сына сыграл наркоман-убийца М. и его бывшая жена — бывший лейтенант милиции, а сейчас «адвокат», с которыми они «воевали»

7лет; наконец, один порядочный человек выселил их из дома. Они «отравили» семье Б. жизнь в прямом и переносном смысле. Теперь осталась семья его друзей — Я.: Максим — пациент ПНД, 21 год. Эти 32 года не дают покоя. Ночь превратили в день: пьянки, грохот и стук по голове «музыкой» магнитофона во всю мощь, стирка, грохот тазами, мытье в любое время ночи! Ни одной ночи сын не спал спокойно, с 6 лет, с 1975 г. Будили его, раздражали, издевались. Милиция, прокуратура, суд — все подкуплены, о чем открыто заявляла сама мамаша. В подъезде грязь и вонь, мусоропроводы открыты, зато постоянно закрывают окна (фрамуги), на их этаже (и везде) курят, что приводит Андрея в бешенство, так как в армии его заставляли курить (он не курил), прижигая ему рот сигаретами, вливали в рот вино и т.д. Андрей хочет, чтобы было все, как он хочет. Из-за этого с отцом страшные противостояния (с драками). Мать уже не может выйти из дома, так как приходит и видит, что творится: все перевернуто вверх дном, с ножами, палками окровавленными. Отец обвиняет сына: «и если умру, он будет повинен» (70 лет). 22 сентября 2006 г. был доставлен специализированной бригадой скорой помощи в приемный покой стационара ПНД. Скорую помощь вызвала мать пациента.

Психический статус в стационаре в динамике: входит в кабинет врача спокойной походкой, осторожно садится на предложенный стул. Одет несколько неопрятно: в домашнюю рубашку, трико, старые стоптанные тапочки. Сидит в однообразной позе, опустив голову, руки положив между колен, в течение беседы позы не менял, напряжен. Сознание не помрачено, правильно называет себя, место своего пребывания, текущий год, месяц, число. Понимает, что беседует с врачом с целью уточнения его переживаний. В беседу вступает охотно, держится на заметной дистанции, в начале беседы разговаривает несколько высокомерно, свысока, затем более адекватно. Внимание привлекается, устойчиво. Мышление внешне последовательное, но при рассказе о своих переживаниях мышление и речь сконцентрированы на одной самой важной для него проблеме - функционировании его кишечника и костно-суставного аппарата таза. Постоянно возвращается к одним и тем же мыслям, подробно излагая свои переживания и выводы. Жалобы предъявляет в основном на ошибочно назначенное ему лечение нейролептиками и связанное с этим ухудшение самочувствия: запоры, ухудшение координации движений, «хуже стал соображать». Считает, что попал в ПНД из-за того, что рассказал о «вывернутых суставах», что произошло в 18 лет, когда он начал заниматься йогой для повышения собственной силы, своих возможностей перед службой в армии. Сожалеет, что проводил над собой эксперименты, говорит: «Я несчастный человек, сделал себе плохо, теперь считаюсь психом; все себе испортил, всю жизнь, а мне предсказывали большое будущее, говорили, что буду министром». Внезапно спрашивает: «А вы верующий?» и продолжает сокрушаться: «Бывают же чудеса типа святого огня, а в моем случае чудо с минусом. Что же делать, я все себе испортил». Свою убежденность в том, что у него «вывернуты суставы» аргументирует тем, что у него невозможен акт дефекации сидя на унитазе (испражняется «на корточках»), при мочеиспускании приходится давить пальцами на мочевой пузырь через переднюю брюшную стенку, расширились бедра, фигура приобрела женские очертания, и когда сидит, «штаны натягиваются на коленях». Говорит, что сам пытался вернуть все на место йогой, ничего не получилось, обращался к мануальному терапевту-костоправу Майорову. Сетует, что не может всем доказать истинности своих слов, так как не с чем сравнивать его нынешнее состояние: «надо брать близкого родственника, например отца, или иметь рентгеновские снимки, но ведь их нет!». На уточняющие вопросы по поводу «вывернутых суставов», усмехаясь, говорит: «Вы же все равно не поверите», но тем не менее подробно описывает свои ощущения, как бы обращая внимание на уникальность своего случая. Настроение, с его слов, плохое, — «нервничаю, даже подмышки вспотели» (показал рукой на подмышку). Считает, что вследствие «выверта» своих суставов у него появилось неизвестное науке заболевание, названия которому нет и найти его в литературе он не мог и которым он болен около 20 лет. С его слов, «ослабили или отошли подвздошно-бедренные связки и теперь при неправильной посадке (т.е. в обычном положении) из-за вывернутых ног все идет неправильно. Объясняя связь вывернутых суставов и дефекации, сообщает, что вывернутые кости препятствуют возможности нормально сидеть на унитазе, не входят в суставную впадину, выпирая сбоку, из-за чего у него и наблюдается нарушение дефекации. В ответ на реплику врача, что в дефекации участвуют не кости, а кишечник, с усмешкой говорит, что в очередной раз психиатры демонстрируют свою подлинную сущность — издевательского и насмешливого отношения к нему.

Содержание параноидального ипохондрического бреда

(Пациент сообщает психиатрам содержание параноидального ипохондрического бреда, что, по Ясперсу, является объективно-познаваемым симптомом психического заболевания, тем, что выражено в словесном описании, в пересказе содержания основного переживания. У пациента сформировалась система доказательств, логически обоснованных доводов, с его точки зрения, абсолютно достоверно доказывающих истинность главного умозаключения — наличия неизвестного науке заболевания.)

От того, что приходится сильно тужиться, развилось опущение внутренних органов, с чем обращался к целительнице («внутренние органы она подтянула 8 лет назад, а про ноги сказала, что никогда такого не видела и помочь не может»), и сейчас ходить в туалет — проблема. Сам считает свои отношения с родителями нормальными, несмотря на то, что, по заявлению матери, он превратил их жизнь в «ад на земле», ругался и дрался с ними. Сообщает, что в течение многих лет не работает — не может из-за вывернутых суставов и проблем с отправлением естественных надобностей. Дома сидит, закрывшись в своей комнате, половину каждого дня проводя в туалете. В отделении мало общается, в основном с теми, «кто поспокойнее». Внешне в поведении упорядочен, инструкции медперсонала выполняет, позволяет делать уколы, принимает препараты. Услышав о разборе на консилиуме, сказал: «Это ваша работа — заниматься моими проблемами». На консилиум входит напряженным, аффективно заряженным. Сразу с напором начинает заявлять громким голосом, стоя, подняв голову, что психиатры продолжают измываться над ним и вместо лечения его заболевания, связанного с вывернутыми суставами и невозможностью нормально оправляться, травят его лекарствами, хотя он — «был, есть и будет всегда психически здоровым». Перебивает собеседника, не заканчивает ответ ни на один вопрос, тут же перескакивая на свою «большую тему». Продолжает утверждать, что сам себе сотворил доселе неизвестное заболевание, которое ни один врач еще не смог определить. Постоянно упрекает врача в иронии, насмешках, неверии ему. Говорит многословными фразами, употребляя нередко высокопарные выражения, демонстрирует сохранный высокий интеллектуальный уровень.

(В только что приведенных фразах описания психического статуса психиатр описывает не то, что говорит больной, не содержание бреда, а то, как он это говорит, что при этом чувствует, с каким эмоциональным сопровождением повествует о своих переживаниях. Здесь кроется возможность заглянуть вглубь переживаний, опознать субъективную часть психопатологического феномена, приоткрыть завесу над иным, отличным от других онтологическим состоянием больного.)

Итак, на протяжении двадцати с лишним лет сформированная когда-то сознанием больного бредовая идея существенных изменений не претерпела. А. В. стоично, как и подобает параноидальному больному, отстаивает свой бредовый мир. Нужно отметить, что это — не та изолированная идея, «пунктик», вне которого вся остальная психика интактна, как это бывает при так называемой «параноиде». У нашего пациента обнаруживается сложившийся негативный симптомо- комплекс, включающий в той или иной степени выраженности все основные проявления изменений личности при шизофрении. Следовательно, это — динамично развивающийся процесс, хотя степень прогрессивности остается средней, как и подобает при промежуточной форме — между вялотекущей шизофренией и параноидной. Слушатели школы молодого психиатра могли заметить незначительно выраженные намеки на персикурные элементы бредового статуса. Время от времени пациент повторяет, что главному врачу «и так все известно», что врачи-психиатры преследуют его всю жизнь, надсмехаются и иронизируют над ним. Это — не случайные моменты параноидности, неведомо как попавшие в систематизированный интерпретативный бред, а скорее всего, начальные моменты переходного периода, вокруг которых произойдет становление параноидного синдрома, когда на первый план выйдут проявления бреда преследования. Возможно, что динамика пойдет в сторону формирования бреда Котара, его ипохондрического варианта.

Непрерывная параноидная шизофрения

Нашим следующим примером шизофренического психоза является пациент с непрерывным течением заболевания, параноидной формой, ближе всего похожей на тот образ, что был создан Э. Крепелиным и В. Маньяном, с чередованием параноидной симптоматики и парафренической. Был ли этап параноидального бреда? Посмотрим, как происходит это в конкретном случае.

Случай 4. Шизофрения с галлюцинаторным вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо

Л.Б.А., 1948г. рождения.

Перед нами первая история болезни за 1975 г., и мы узнаем, что Л. Б.А. родился вторым ребенком в Сибири, где проживают все его родственники. Отец его был алкоголиком и давно умер. Душевнобольных в его роду не было, вернее, как это часто бывает, сам пациент и его близкие об этом ничего не знают. Он окончил 10 классов и три курса техникума, служил в Советской армии два года и восемь месяцев в Китае. По характеру рос спокойным, общительным, но «нанесенных ему обид не прощал». Увлекался спортом — боксом, лыжами, шахматами. Ничем ранее не болел, черепно-мозговых травм не было. Женат, имел в год первой госпитализации двоих детей. Материально-бытовые условия семьи неплохие. Известно, что больным себя считает с 13 февраля 1975г., когда поссорился с начальством,

обругал начальника цеха нецензурными словами, а тот пригрозил отдать нашего подопечного под суд. С этого дня нарушился сон, испытывал тревогу, исчез аппетит. В голове появилось много различных мыслей, а в последние две ночи до поступления в стационар стал слышать голоса родственников, упрекающих его, что он не пишет письма, забыл про них. В психическом состоянии пациента при поступлении в стационар, через неделю после «начала» болезни, отмечались ясное сознание, отсутствие бредовых идей, шум в голове, снижение настроения. После лечения общеукрепляющими медикаментами и мепробаматом был выписан через 25 дней с диагнозом — реактивное невротическое состояние.

(Сразу же следует акцентировать внимание на так называемом психогенном факторе. Очень часто, особенно от родителей, приходится слышать, что ребенок заболел после психической травмы: ссоры со сверстниками, измены в первой любви, неудачи при сдаче каких-либо экзаменов и т.д. В этом случае, как в **большинстве** иных, психической травмы не было. Был заурядный конфликт с начальством, послуживший, в лучшем случае, неким толчком для уже набирающей «ход» болезни. Обращаем внимание, что с первых же дней заболевания сразу появляется галлюцинаторная симптоматика. Рискнем предположить (нам это сделать особенно просто, ибо мы в тайне от читателей знаем динамику болезни у Л. Б.А.), что дальнейший ход заболевания пойдет по варианту с преимущественным развитием галлюцинаторного бреда и галлюцинаторного варианта К-К (здесь и далее К-К — синдром Кандинского-Клерамбо.)

Прошла неделя, и Л. Б.А. вновь поступает в отделение. Врач, принимавший его, отмечает, что уже после 13 февраля пациент начал слышать из-за стены мужские голоса, говорившие о нем, угрожавшие его убить за то, что он не сделал соседу шестеренки. Затем начали кричать по трубам, и он понял, что его облучает сосед. Проверял провода и электророзетки. При поступлении высказывал мысли, что он здоров, и сожалел, что его оторвали от проверки чердака и труб. В отделении заявлял, что дежурный врач подвергал его испытаниям всю ночь, говорил, что его просвечивают лучами.

(Мы убеждаемся, что с первых дней болезни начинает формироваться синдром К—К, что с первых дней психоза пациент испытывает сенсорные автоматизмы. Спустя неделю после второй госпитализации он направлен для лечения в республиканскую психиатрическую больницу. Следующее помещение в отделение - менее чем через год, 24 мая 1976 г. В 4-й истории болезни интересны не столько записи врача, сколько собственноручно написанное письмо.)

Л. Б.А. обращается к генеральному прокурору г. Москвы. Он описывает, как в 1975 г. заболел, как «чуть не лопнули перепонки», он принимал инсулин, а затем его «сгорбатило». Он пишет, что на его квартиру все время наводят лучи, что жена стала худая и желтая. Директору г. Москвы он сообщает, что звуки и голоса он слышит со всех сторон, что на кухне, когда он ел мясо, что-то резануло по горлу.

Л. Б.А. выписывают из отделения 10 июня 1976 г., пребывание дома длится менее года, и в январе 1977 г. мы встречаем его вновь в мужском отделении ПНД.

Врач записывает в истории болезни, что Л. Б.А. в течение недели вновь слышит «голоса», уверявшие его, что «на счету деньги, получи деньги». Со слов жены, бегал за нею с ножом. Выписан спустя три недели.

Не проходит и двух недель, он вновь госпитализирован, на этот раз - на целый месяц. Тот же врач записывает, со слов жены, что Л. Б.А. испытывает воздействие аппаратурой, из-за чего уволился с работы. Стал напряженным.

В психическом статусе впервые встречается слово «замкнутость». Выписан 23 марта 1977 г., а 20 апреля вновь в отделении. Проходит всего несколько дней после выписки, и Л. Б.А. вновь испытывает воздействие электромагнитными волнами. (После представленных нескольких случаев госпитализации сразу же можно констатировать преждевременность выписки и недостаточность терапии, ибо у больных, даже с непрерывным течением заболевания, терапевтические ремиссии и улучшение состояния должны были бы быть более длительными при правильной тактике лечения. Особенность седьмой госпитализации — добровольный приход пациента на лечение в ноябре 1978 г.)

У Л. Б.А. на этот раз появились ощущения, что все тело бьет током, утром слышал «голоса», связанные с работой. Сообщает врачу, что его «дергает, как током». Врач отмечает эмоциональную уплощенность, вялость. Длительность госпитализации на этот раз составляет полтора месяца; следующая, восьмая происходит 3 мая 1979 г. Описание психического состояния в этот раз более полное, развернутое, осуществляется другим врачом, который отмечает снижение настроения, «голоса» осуждающего характера в отношении жены, которая якобы ему изменяет. Чувствует какое-то давление, считая, что на нем испытывают машину, вызывающую облучение. Считает, что у него из-за облучения «все атрофировалось, с женой не получается». Отмечал постоянные «наплывы мысли», насильственное «вкладывание» мыслей, электрических голосов в голове, постоянно считающих деньги. Полагал, что больница находится под наблюдением

Шизофрения с галлюцинаторным вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо

(Таким образом, особенностью данного случая уже с первых дней заболевания и далее является раннее появление феноменов синдрома К—К, причем чувственные, сенсорные автоматизмы появились значительно раньше идеаторных. Вообще патология восприятия, сенсорные феномены превалируют над идеаторными. Бредовые идеи еще не оформлены, больной мозг только пытается объяснить слышимое и чувственно-воспринимаемое. Сделаем заметку для себя и учтем, что с этой госпитализации зазвучала новая тема в болезни — тема жены. Куда она приведет в финале, мы узнаем спустя много лет.) Проходит 2 мес., и пациент вновь в стационаре.

Кроме уже известных «голосов», врачи отмечают в его состоянии изменение воздействия. На этот раз воздействие осуществляется с основной среды и основного мира, из-за него перестало биться сердце. Заявлял врачам, что действуют только на него, его «избрали».

Спустя ровно неделю после выписки пациент вновь самостоятельно приходит в стационар Юноября 1979г. Попросил бумагу, чтобы написать о своих переживаниях для приложения их к «делу». Написал врачу в приемном покое, что в праздничные дни вновь слышит голоса, которые требуют, чтобы он открыл счет, его дергают током, он ощущает на сердце, во всем организме, в глазах, как «гоняют» грязь, он не может смотреть телевизор, угрожают сечь командующего, требуют дойти до Москвы, иначе он «подохнет», предлагаю,fi повеситься. Под влиянием лечения активная психосимптоматика купирована через месяц.

Одиннадцатая госпитализация связана с усилением галлюцинаторной симптоматики и ощущений воздействия. Сообщал, что камазовские и казанские врачи, а также банковские служащие требуют открыть счет и действуют на него током, лучами, прижигают руки, выжигают глаза, прерывают прямую кишку, не дают ходить на двор.

(Обращаем внимание на постепенное усложнение сенсорных автоматизмов и одновременное вовлечение в структуру бреда преследования и воздействия новых персонажей. Новый элемент воздействия, и тут же следует новый фрагмент галлюцинаторного по своему патогенезу бреда.) Проходит еще полгода, и 20 января 1981 г. пациент вновь доставляется в стационар работниками скорой помощи и милицией. За прошедшие месяцы с ним развелась жена, стал жить один, был истощен, ослаблен.

Сообщал врану, что в воздухе летают летальные аппараты и люди, они стреляют, ведут войну, а он слышит их голоса. Он не может курить и есть, так как лучи лазера вызывали горечь и кислый вкус. Ему подрезали глаза, а под глазами были черви. Впервые была отмечена разорванность в мышлении и речи.

(Вновь усложнение симптоматики — возникает тема войны. Еще более массивными становятся чувственные автоматизмы. В лечении получает трифтазин и триседил. Стал проситься домой, заявлять, что ему нужно жениться, что появилась хорошая женщина. Через семь лет от начала активного периода болезни Л. Б.А. в тринадцатый раз поступает в отделение.)

Он отмечает «голоса» внутри головы, а врач — стереотипные движения в конечностях. Тематика бреда расширяется, и мы слышим от пациента утверждения, что, видимо, идет атомная война, так как голоса утверждают, что на войну нет денег. На вопросы врачей об атомной войне заявляет, что это не их, врачей, дело. Перед выпиской появилось собственное объяснение содержания «голосов» и своих мыслей. Говорил, что когда он служил в Китае, деньги им переводили на сберкнижку: «Вот, видимо, застряло у меня в голове». Дома находился после выписки семь месяцев, при очередной госпитализации повторяет все прежние высказывания, и возникают новые переживания.

Доставляют его в приемный покой неряшливого, он возмущается, что враги, которые жгут его лазерным лучом, гуляют по улицам. Рассказывает, что за восемь лет воздействия на него он много раз жаловался в милицию и военкомат, но, видимо, охрана КамАЗа караулит его на пультах управления. Сообщает, что, будучи в стоматологической поликлинике, видел, как ударило в фундамент поликлиники и загорелись камни. Считает, что «они хотели показать, какая у них сила». При следующей госпитализации в январе-феврале 1983 г. симптоматика оставалась прежней. Но в августе того же года симптоматика вновь сдвинулась, и Л. Б.А. уже заявляет, что война с китайцами идет уже сто лет, что китайцы делают подкоп, у них есть летательные аппараты. В этот же раз начал называть себя полковником особой службы, он будет писать жалобу в Совет министров СССР. Утверждает, что на заводе погибло от войны уже 217 человек.

(Таким образом, на восьмом году заболевания начинается парафренизация бреда. При данной очередной госпитализации врачи отметили первые «огоньки» парафренического бредообразования. На фоне атомной войны, которую ведет Китай, больной присваивает себе звание полковника особой службы. При следующей госпитализации в структуре бредовой фабулы появляется только один новый элемент.)

В марте 1984 г. в стенах и потолках его квартиры, под обоями вмонтированы какие-то зеркала, которые подогревают сначала одну часть его тела, затем другую. В августе 1984 г. больной заявляет, что «на него летит радиоактивная пыльца». В число воюющих с СССР стран попадает, кроме Китая, еще и ФРГ. Говорил, что китайцы уже под землей дорогу построили. Считает, что в больницах есть начальники, которые повесят лечащих врачей за те мучения, что он испытывает. Утверждал, что от таблеток он стал уже атомным. В ходе лечения заявлял, что постепенно война затихает и «наши побеждают китайцев».

(Через десять лет от начала активного периода болезни, при очередном помещении в стационар, он продолжал заявлять о войне между китайцами и «нашими», о воздействии лазером, о зеркалах, вмонтированных в стены. В квартире на него летала атомная стружка.)

Война идет с Китаем и капиталистами, ракеты летают, и возле его дома упали четыре «першинга», они не взорвались, благодаря советской технике. Существует подземный коридор, в котором тоже идет война. Себя называл «большим военачальником», руководящим военными действиями на КамАЗе. Считает, что по телевизору не показывают войну, чтобы не сеять паники среди населения. Выписывается из отделения, но через четыре дня вновь доставлен в стационар, продолжает высказывать идеи о войне между Китаем, капиталистами и СССР, себя называет разведчиком, портрет которого показывали по телевизору. Говорил, что пока в левой половине груди не почувствует щелчок, не может заснуть. На вопрос, почему не вернулся вовремя из домашнего отпуска, отвечал, что должен был наблюдать за «коридором, где летали самолеты, что-то сбрасывали, после чего его сад стал коричневым».

В самом начале 1985 г., когда пошел уже одиннадцатый год заболевания, Л. Б.А. попадает в стационар на целых 2,5 мес. (для него довольно большой период времени). Он продолжает уверять врача, что идет война между СССР, Китаем и Америкой, за его квартирой ведется постоянная слежка, вот уже пять лет, пока он в этой квартире проживает, впрочем, и в старой было то же самое. Наблюдение осуществляется через вмонтированные в стены зеркала. Под домом находится атомная установка, такая же и под зданием больницы

(вот появился новый эпизод бреда). Таблетки именуется не иначе, как металлы: «Зачем вы мне эти металлы даете?» Считает, что у него «все внутри выжжено».

(Это что, начало бреда Котара или развитие бреда физического воздействия?)

Выписывается в который раз, как не вернувшийся из домашнего отпуска. Через полгода вновь поступает в отделение, дежурным врачом описывается психотическое возбуждение с агрессивным поведением, озлоблением. Выкрикивает, что в его мошонку постоянно летит металлическая стружка. Заявляет, что он послал своего человека к министру обороны с сообщением, что идет война. Сообщает, что его недавно наградили золотой звездой (вновь новый элемент развития парафренного бреда). Угрожает посадить врача на семь лет в тюрьму. Врач отмечает, что пациент держится высокомерно, беседует с доктором снисходительно (это, несомненно, внешний поведенческий элемент парафренизации психоза). При следующей госпитализации (21 марта 1986 г.) высказывания были прежними, но добавился один «небольшой элемент» — Л. Б.А. в разговоре с медицинскими сестрами сообщил, что убьет врача.

(Появилась тема предстоящего убийства, которая, к сожалению, зазвучит траурными звуками через несколько лет в полную силу.)

На дворе 1987г., и наш пациент с конца января снова в отделении. Продолжает высказывать идеи о войне СССР с Китаем, ФРГ. Добавился подкоп со стороны Индии и со стороны Китая. Подкоп доходит до г. Брежнева, а затем на Вятку и на Москву. Сверху летают летальные аппараты всех капиталистических стран (уже половина мира воюет с СССР). Под землей находятся 1437 машин, груженных деньгами капиталистических стран. Деньги нашампованы металлом, чтобы не действовали лазерные лучи. Его продолжают жечь лучами и требовать денег. Все это, по его мнению, случилось из-за того, что маршал Устинов потерял свою дочь, которая была на юге. Там же на юге он собрал полтора миллиона офицеров. Были посланы люди «проверить пульта», но они халатно отнеслись к своим обязанностям. На пляже было много девушек-немки, немного наших офицеров, которых немцы стали истреблять с пультов. Сыновья членов ЦК КПСС напали на ФРГ и были там посажены. Вместо них в Москве в разведотдел попали «поддельные люди». На его (большого) имя было сделано десять удостоверений генерал-полковника. А на самом деле у него 1700 удостоверений. В Кремле был бардак, побили всю охрану, Союз был обворован.

(Итак, на тринадцатый год болезни происходит дальнейшая парафренизация психоза. Астрономически увеличиваются цифры побед, поражений, участия людей и стран. Появляются ордена. Воинское звание повышается на четыре пункта, оно удостоверяется тысячами документов.)

При очередной госпитализации 19 марта 1988 г. он поступает в состоянии возбуждения. Сообщает, что между СССР и Китаем идет война, на стороне Китая — Бельгия, ФРГ. Подкоп под землей уже распространился под Индию, ГДР, ЧССР, Венгрию и Москву. Под землей находятся вражеские ракеты. Эти ракеты маленькие, прилетают на балкон, стучат, и он слышит эти звуки. Взрывов не происходит. Себя ощущает под зеркалами — в квартире находятся 60—70 зеркал, через которые его увеличивают, видят на расстоянии его и его жену. Из-за съемки жена похудела. Считает, что после войны русских оставят 800 тыс., грузин 700 тыс., остальных всех загонят под землю. Слышит все это в разговорах заводских рабочих, которые говорят ему, что утащили из московского штаба атом, прибор, делающий ветер, и установили давилки.

(Отметим, что в содержании псевдогаллюцинаций и бредовых высказываниях вновь появилась тема жены, расширяется география участников войны, счет на потери идет на сотни миллионов.)

Через полгода при следующей госпитализации заявляет, что на ТЭЦ китайцев ошпарили кипятком и что они — это большие люди по 300—400 кг каждый. Утверждает, что на земле китайцы — маленькие, а под землей большие и тренированные, для этого из США специально привозили большую женщину, массой тела в 400 кг.

(Таким образом, к прежним парафренным высказываниям добавилась фантастическая тема гигантских китайцев.)

При госпитализации в сентябре—ноябре 1989 г. наряду с прежними высказываниями усиливается тема сенсорных автоматизмов. Л. Б.А. сообщает, что воздействие через лазер вызывает у него жжение в глазах, неприятные ощущения в груди, «стучает что-то, лопаются, перекрывается в голове в 4 местах». Считает это мстостью за выработанную им пластинку для снарядов. В начале 1990 г., т. е. уже на шестнадцатый год заболевания, вновь происходит расширение тематики сенсорных автоматизмов, пациент сообщал, что в глаза

рассыпали рассол, глаза пробивали иголками, подсекали зрачок яичка. В апреле того же года он уже утверждал, что является советником Горбачева, что воздействием на него командует его родной брат, а при очередной госпитализации заявлял, что все его тело в червях, Байконур взорван, страну продали, Устинов - дерьмо, везде агенты ЦРУ. В 1992 г. Л. Б. А. поступает в стационар трижды. При второй в этот год госпитализации парафренный бред приобрел еще более масштабный характер. Л. Б.А. стал утверждать, что идет звездная война, вокруг все сверкает, та техника, которую он дал России, теперь направляется против него и воздействует на него через лазеры и радары. При последней госпитализации заявлял, что его нужно прятать, он везде прослушивается акустикой, приборами, что заражают стены СПИДом, прижигают ягодицу приборами. Мышление отмечалось как разорванное, был многоречив.

Мы закончили «путешествие» по историям болезни Л. Б.А. и сейчас приближаемся к последнему эпизоду его длинной истории, после которого он в наше поле зрения не попадал. 21 апреля 1994 г. АСПЭ городского психоневрологического диспансера проводила освидетельствование нашего пациента, направленного на экспертизу после совершения убийства жены. Он убил жену на двадцатом году заболевания на фоне парафренного этапа при наличии развернутого пара- френного бреда, что уже само по себе нетипично.

Экспертам сообщал, что на него воздействуют лучами враги народа, которых он когда-то разоблачил. Те везде установили аппаратуру и подслушивают его, постоянно командуют им, приказывают совершать те или иные действия. По существу дела сообщил, что жену не убивал. Появились привидения, которые вложили в руку топор и его рукой ударили жену по голове, которая лежала на кровати. Она не успела даже крикнуть. После этого они запретили выходить, угрожая, что убьют его. Несколько суток Л. Б.А. находился около трупа, «они запрещали кушать, не давали спать». После решения АСПЭ он был направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар со строгим наблюдением (именуемым сейчас интенсивным наблюдением).

С 1994 г., с момента судебно-психиатрического освидетельствования, мы не встречались с пациентом. Спустя несколько лет, уже выйдя из больницы, он вскоре умер. Итак, подводя итоги жизни и болезни Л. Б.А., мы должны констатировать, что эндогенное психическое заболевание началось в зрелом возрасте. С первых же дней в клинической картине преобладала галлюцинаторная и псевдогаллюцинаторная симптоматика, почти сразу же обросшая галлюцинаторным бредом, в содержании которого зеркально отражались испытываемые им псевдогаллюцинаторные переживания. Заболевание протекало более тридцати лет непрерывно и прогрессивно, о чем свидетельствуют многократные госпитализации (более 30 раз), чередующиеся крайне короткими периодами послабления психоза, которые и ремиссиями нельзя назвать. По сути, это были внутрибольничные улучшения психического состояния. Довольно быстро и неуклонно сформировался галлюцинаторный вариант синдрома К—К, парафренизация которого произошла рано. Не вписывается в типичное течение психоза отсутствие паранойяльного этапа, что логически можно объяснить. Поскольку сам дебют и последующее течение происходили с превалированием чувственного, галлюцинаторного компонента, бредовое «оформление» также питалось и расширялось исключительно как следствие переживаемых псевдогаллюцинаций и сенсорных автоматизмов. Можно предположить, что этот тип эндогенного психического заболевания и не мог манифестировать с первичного систематизированного паранойяльного бреда, ибо таковая структура психоза была изначально не характерна для данного пациента, для всего его психического склада. В этом клиническом примере имеется еще одна особенность - случай тяжелого деликта на фоне параф- ренного этапа, традиционно считающегося фазой затухания.

Любой вид бреда, любая фаза психоза может нести как потенциальную опасность с усилением в какой-то момент психопродуктивного механизма совершения общественно-опасного действия, так и потенциальную возможность благоприятного прогноза.

Непрерывная параноидная шизофрения (продолжение)

Дальше речь пойдет также о непрерывной параноидной шизофрении, но в отличие от предыдущего случая — о начале формирования неполного бредового варианта синдрома К—К (отсутствовал один компонент — псевдогаллюцинации). Удивительным в этом случае будет и то, что, в отличие от Л. Б.А., у данной пациентки за двадцать с лишним лет болезни была только одна госпитализация в стационар и только на двенадцатом году

официального наблюдения за нею психиатрической службы. Этот случай по праву можно было бы назвать романом в письмах.

Случай 5. Шизофрения с бредовым вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо («Роман в письмах»)

К. А.П., 1937г. рождения.

Данных о наследственности нет. Раннее развитие без особенностей, успешно окончила среднюю школу, институт, многие годы работала инженером. Было три замужества. Причины разводов не объясняла. Воспитывала троих детей. До 48лет в поле зрения психиатров не попадала, по характеру всегда считала себя (характеризуется окружающими точно так же) принципиальной, честной, справедливой — «настоящим борцом за народное счастье», как, впрочем, и свое личное. Вот одно из первых разоблачительных писем К. А.П., 1985 г., в одну из инстанций:

«Об аморальном поведении Б. (поскольку она съездила даже в другой город в погоне за сплетнями обо мне). Из ее собственных рассказов: крепки детдомовские замашки — умеет драться, ловчить и врать прямо в глаза. Муж не верит ни одному ее слову. В пору юности ее много раз обсуждали за драки в коллективе. В комсомольской организации с ней замучались. На танцах она руководила «шайкой» вульгарных девок, которые пинками выгоняли с танцплощадки девушек, не нравившихся им, т.е. нормальных, культурных. «В комсомол меня заставили вступать насильно в детдоме, — говорит она. Книги заставляли читать насильно, теперь у меня к ним — отвращение! Похождения, особенно любовные, как у аферистки. Случайно попала в секретари к министру, у которого она ни печатать, ни делопроизводству не научилась, зато вышла «квалифицированной секретуркой». За начальством бегают, ухаживает, как официантка, и ежедневно предлагает себя, поскольку образование и квалификация низкие. Неграмотна. Пришла в отдел, подлезла подо всех, кто ей был нужен, через полгода получила повышение и сейчас кровожадно лезет дальше по живым людям. Сначала спуталась с В., потом пошла по рукам. Если ее нет на работе, значит нет и его. Можно не сомневаться...Перед тем как сойтись с Б., она сделала столько аборт, сколько ей было лет тогда. Когда Б. узнал об этом, он ее иначе как б... не называл. И сейчас, когда напьется, обзывает ее так на весь дом. Дерутся, соседи по дому и саду-огороду все знают. На работу ей звонят разные мужчины, договариваются о свиданиях. Даже в больнице около нее, как около сучки, крутились мужики, и потом на работу звонил Виктор. Поэтому не удивительно, что с приходом Б. в отдел у нас зачастились всякие ЧП. Весной 84 г. Б., хорошо зная свою «половинку» и поняв, что она опять «спуталась» у себя на работе, явился к начальнику и часа 3 «поливал грязью» свою жену. Требовал, чтобы ее обсудили в коллективе за избиение его сотрудницы-парторга. Но ее не обсуждали. Она тут же, точнее раньше, стала ухаживать за И., как за престарелым, сама тянет его «на разврат» и только в рабочее время. Почти год дважды в неделю уходит на час раньше, якобы на уколы. В это время не бывает и начальства. Правду в такой обстановке не выяснишь. Остается одно — поймать его на месте преступления с чужой женой. Встречаются они только в рабочее время, поскольку им девать его некуда. Поймать их просто. Если по телефону выяснить, что их на месте нет, то гарантия на 70 %, что блудодействуют! До сих пор, несмотря на многочисленные сигналы, их не проверяли, кроме мужа Б, Они его ловко обманывают. Так, 7 февраля вторую половину дня И. провел где-то с Б., а другой день И. «обмывал» это дело с самим Б., уверяя его, что он не бесплатно пользуется его женой и даже, если удастся выжить честную труженицу А. П., поставит Б. на ее место. Так Б. пропивает свою жену.

Мы требуем принять меры! »

Итак, мы уже поняли, что наша детективная история началась значительно раньше 15 февраля 1985 г., когда К. А.П. была доставлена с места работы в приемный покой психоневрологического диспансера г. Брежнева каретой скорой помощи в связи с тем, что «стала вмешиваться активно в дела руководства, создала напряженную скандальную обстановку» (обратим внимание, с какими формулировками доставлялись больные в те годы, когда не было в стране Закона РФ «О психиатрической помощи»). В приемном покое было проведено ВКК (зам. главного врача по мед. части, врач приемного покоя и участковый психиатр), были рекомендованы амбулаторное наблюдение и лечение, от чего больная категорически отказалась. Из текста записи повторного ВКК следующее.

Считает себя борцом за справедливость с 1960г. «Везде, где бы я ни работала, вскрывала недостатки, из-за чего издевательствам, гонениям не было конца». По неизвестным причинам рассталась с мужем и с тремя детьми в 1980 г. приехала на КамАЗ. Вышла замуж в третий раз. На новом производстве вновь столкнулась «...с

беспорядками, карьеризмом, развратом...кто ложится в постель, тот продвигается по службе...». Активно включилась в борьбу, пишет письма-заявления в различные инстанции, добивается наказания, наведения порядка.

Психическое состояние: ориентирована в месте, времени, окружающем, в своей личности. Многоречива, речь напориста аффективно-насыщенна. Убедлена в своей правоте и несправедливости: «...Карьеристы торгуют не только идеей, но и телом... специально хотел начальник склонить меня к сожительству ... теперь затыкает рот тем, что я дура ... Побывала у Вас в психиатричке ... врачей в ПНД хорошенько попросили и меня сделали психически больной...» Заявила, что на работе есть бывший сотрудник КГБ, который следит за ней, за каждым ее шагом при помощи скрытого магнитофона. При очередной встрече в кабинете главного врача ПНД сказала:«... неуверена, что и здесь в кабинете нет магнитофона ... здесь я многое не могу сказать ... они наверняка подставили магнитофон ...» Требуя настойчиво снять с учета, делает письменные предупреждения: «Последний раз вас предупреждаю...» Считает себя талантливой, так как имеет два диплома, но «... меня игнорируют, зажимают... не замечают и даже угрожают посадить в тюрьму за клевету;...». Со слов опрошенных трех сотрудников приводимые факты разврата и др. на производстве не подтвердились. Больная пригрозила членам ВКК от

19.06.85 г., что она по-хорошему просит в последний раз снять ее с учета: «.. я ни перед чем не остановлюсь, вплоть до Москвы..» Критики нет, но дала согласие на консультацию в Республиканской психиатрической больнице (РПБ) г. Казани. Намерена объявиться в РПБ с 29 июня по 1 июля 1985 г. После освидетельствования составом ВКК был установлен диагноз: паранойяльное развитие личности. Шизофрения, вялотекущее течение, параноидная форма ?

Из текста данной выписки ВКК мы можем констатировать, что начало заболевания следует отнести к 1960 г., когда пациентке исполнилось только 23 года. Почему мы высказываем именно такое предположение? Сама пациентка ставит отметку на определенный временной отрезок, отличая этот год от всех остальных, следовательно, что-то изменилось и надломилось. Судьба изменила траекторию движения. Все последующие годы были наполнены борьбой. Сколько в этой борьбе было личностного, а сколько паранойяльно-бредового, убедительно оценить сейчас невозможно. На осмотр психиатров К. А.П. попадает уже с явно бредовыми высказываниями, причем персикуторного плана. На второй план отходит постепенно разоблачительная деятельность, и появляется в ее болезни тема преследования со стороны КГБ, слежка и т.д. Следующий эпизод этой удивительной биографии связан с попыткой школьных учителей дочерей К. А.П. защитить нашу **больную** перед ее же начальством. Директор школы и два классных преподавателя не поленились написать замечательную характеристику, прочитав ее без купюр, только изменив имена.

Шизофрения с бредовым вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо («Роман в письмах»)

«Начальнику 00... тов. Б. Б. Д.

19 марта в школу №18 обратилась А. П., мать двух учениц: Венеры — ученицы 7 «Б» класса и Юлии — ученицы 5 «В» класса за помощью, из-за конфликта на работе.

Мы, классные руководители, К. О.Н. и Ж. Т.Н. даем характеристику председателю родительского комитета 7 «Б» класса и члену родительского комитета 5 «В» класса К.А. П.

А. П. мы знаем в течение пяти лет только с положительной стороны. Всегда активна, непримирима к родителям, плохо воспитывающим своих детей. Оказывает помощь классным руководителям при посещении на дому трудных подростков. Добросовестно посещает заседания родительских комитетов, является председателем комиссии в школьном родительском комитете. На родительских собраниях всегда справедлива и принципиальна, кроме того, постоянно выполняет просьбы классных руководителей по художественному оформлению классов. Правильно воспитывает своих дочерей. Девочки хорошо учатся, аккуратны, принимают активное участие в жизни класса и школы. Как родитель, она учит их скромности, принципиальности, чуткости, добру, отзывчивости. Такие хорошо воспитанные дети являются примером для других. Мы считаем, что в этом большая заслуга их матери,

которая одна воспитывает детей. В течение всех этих лет отклонений в психике мы не заметили. Мы, классные руководители, обращаемся с просьбой к начальнику отдела т. Б. Б.Д. — найти подход к А. П. Она должна воспитывать своих детей».

В унисон этому ходатайству школьных учителей звучит требование самой

А.П., обращенное к главному врачу диспансера:

«Заявление

Прошу снять меня с учета в ПНД. В настоящее время я прекрасно себя чувствую. Работаю на ответственной работе, постоянно во время проверок общаюсь с множеством людей в масштабе всего КамАЗа, в основном с руководителями подразделений. Чтобы легко доказать свое здоровое душевное состояние, с июня текущего года я возобновила выступления на сцене. Неоднократно выступала на сцене агитплощадок Автозаводского района перед сотнями зрителей. В день КамАЗа присутствовал зам. секретаря парткома тов. Б. О.Д. Имею фотографии каждого своего выступления со своими патриотическими стихами, прославляющими КамАЗ и г. Брежнев. Входила в состав жюри в клубе «Орленок». В День машиностроителя торжественный концерт во Дворце КамАЗа открывался моими стихами. Получила приглашение выступить в городских организациях от горкома партии. Рисую портреты масляной краской, пока своих близких. Могу нарисовать и вас. Намерена участвовать в художественных выставках. Посещаю творческие союзы, иногда — клубы «кому за 30», где за выступление имела бесплатный вход. Любима своим мужем. Так что дай бог каждому такое здоровье и расцвет творческих сил, как у меня!

Ст. инженер ООиКСС 21.10.85г.»

В 1987 г. в течение 20 дней она находилась на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в РПБ, диагностирована мозаичная полиморфная психопатия (301.82 по МКБ-9). Проходят годы, она не получает лечение (ибо чем же лечить аномалию личности?). Новые обращения следуют одно за другим. Вот одно из обращений администрации по поводу нашей пациентки времен расцвета перестройки.

Главному врачу ПНД

В коллективе отдела организации и контроля работ по сохранности социалистической собственности КамАЗа с 1983г. работает инженером т. К. А. П., 1937г. р., проживающая по адресу: Новый город...За время работы проявила себя импульсивной, взбалмошной

женщиной. В коллективе ни с кем не уживается, всех и во всем подозревает, оскорбляет.

В 1987 г. по просьбе моего предшественника сотрудники Вашего учреждения обследовали ее и признали больной. Но в 1989 г. была якобы снята с диспансерного учета, так как не относится к «буйным». Но эта «тихая» работница никому не дает работать. С марта 1990 г. она завалила письмами-жалобами генерального директора КамАЗа, его заместителей, СТК, профком управления охраны, председателей исполкома и даже КГБ. Суть ее заявлений: в отделе создана мафия, во главе стоят фашисты, все состоит в половых связях с руководством, работницы отдела следят за ней и ее детьми, вскрывают дома замки, травят пищу, рвут одежду и многое другое. Сначала рабочего дня всем портит рабочее настроение, постоянно угрожает написанием жалоб, а затем, закрывшись в своем кабинете, в рабочее время, пишет их во все инстанции.

За время существования отдела, по причине ее кляуз, уволилась масса хороших работников. Сегодня положение не лучше, она устроила настоящую травлю 10 членов коллектива. В 1989 г. не была аттестована на должность, но учитывая, что ей 3 года до пенсии, ее оставили работать, считая, что она поймет добрые отношения. Но положение значительно ухудшилось. Свои нездоровые суждения и предвзятость она выносит на «суд» в подразделения, где бывает на проверках, систематически подрывает авторитет отдела. Работать ей еще 2 года. Она их доработает. А доработаем ли мы?

Прошу провести повторное освидетельствование, лечение или хотя бы вызов для разговора в Ваше заведение.

Начальник ООиКСС В.Ф.Б

Учитывая наличие в обращении на имя главного врача сведений, позволяющих вновь предполагать наличие персикаторного бреда, главный врач ПНД выносит решение об освидетельствовании на дому. Из докладной записки участкового психиатра мы узнаем.

Главному врачу психоневрологического диспансера

Докладная

Мной, А. В.П., 26 июля 1990 г., по распоряжению и.о. диспансерным отделением, осмотрена на дому К. А.П., 1937г. рождения, проживающая: Новый город...Встретила дружелюбно, но, узнав, что я психиатр, стала подозрительной: тут же проводила в одну из спален, предупредив жестом не говорить что-либо при девочках-дочерях. Заложила одеялом розетку, которая находится на стене, за которой слышны голоса дочерей.

В устном рассказе врач сообщал, что в поведении пациентка совершенно адекватна, эмоционально сохранна. Дочери характеризуют ее как заботливую мать и не понимают причины визита врача-психиатра. Оснований для неотложной госпитализации (тогда действовало Постановление ВС СССР) найдено не было. Предложение лечиться добровольно в амбулаторных условиях понимания не нашло. Только через семь лет свершилось главное терапевтическое событие в ее жизни. Она была, наконец, госпитализирована.

Эпикриз к истории болезни №186

К. А.П., 27.05.1937 г. рождения, проживающая по адресу:... пенсионерка, находилась на стационарном лечении с 14.02.97 по 26.03.97. ДЗ: шизофрения параноидная, типичный вариант, аффективно-бредовый синдром.

Доставлена машиной скорой помощи в связи с неадекватным поведением: ходила по улице с плакатом «МВД России, помогите, меня замучила мафия». Кричала, что ее замучила мафия, требует от нее сожительства, она отказывается, поэтому мафия преследует ее и ее родных, пытается всех отравить, изолировать от общества.

Из анамнеза: Находится под наблюдением в ПНД с 1985 г. В 1987 г. прошла С ПЭК РПБ г. Казани, где диагностирована «аномалия личности смешанного типа». В течение всех лет наблюдения писала письма и высказывания о преследовании со стороны группы прежних сослуживцев. Сомато-неврологический статус в пределах возрастных особенностей.

Психический статус: Сознание не помрачено, правильно ориентирована в месте и времени и собственной личности. Узнала врача, сообщив, что за 10 лет он совсем не изменился. Правильно называет по имени и отчеству. Речь быстра, многословна, временами непоследовательна. Сообщает, что испытывает на себе преследования местной мафии. Ест пищу, приготовленную только самой, говорит, что мафия хочет отравить ее, преследует не только ее, но и ее родственников, живущих в других городах. Себя больной не считает, говорит, что госпитализация ее тоже дело рук мафии. Наличие «голосов» выявить не удалось. 14.02.1997г. была осмотрена КЭК городского психоневрологического диспансера в составе гл. врача ПНД, зам гл. врача по мед. части, зав. женским отделением, врача-ординатора на предмет определения показаний или отсутствия таковых для неотложной госпитализации.

Заключение КЭК: Учитывая данные анамнеза и психического состояния на момент проведения КЭК, комиссия считает, что А.П. страдала и страдает хроническим заболеванием — шизофренией, параноидной формой, параноидным синдромом с выраженным бредом преследования, бредом отравления, на этапе перехода «преследуемого в преследователя». Учитывая активность поведения больной, решительность в отпоре преследователя, активное высказывание бредовых идей, состояние попадает под пункт «а» ст. 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Нуждается в неотложной госпитализации по признаку опасности для себя и окружающих. В связи с отказом от госпитализации была представлена суду, решение которого гласит: «рекомендовать провести курс лечения недобровольно».

В отделении первые недели были напряженность, подозрительность, больной себя не считала. В процессе лечения в отделении адаптировалась, постепенно снялось напряжение, перестала говорить о преследовании мафии. Лечение проводилось под контролем. Стала спокойной, настроение ровное, поведение правильное, но критика к болезни неполная. Отпускалась в домашний отпуск, вернулась в срок. Дома самочувствие было хорошим, ничто не беспокоило. Сон и аппетит в норме.

Лечение: азалептин, галоперидол, циклодон, общеукрепляющие препараты. Выписана под наблюдение участкового психиатра. Рекомендовано: азалептин 0,05 утром и вечером.

В том же году следует ее заявление в прокуратуру, свидетельствующее об «эффективности» терапевтического вмешательства в стационаре.

В прокуратуру г. Набережные Челны отгр. К. А. П.

Заявление Возбуждение уголовного дела Прошу спасти мне жизнь, остановить убийство. С 1995г. чувствую какие-то странные вибрации дивана перед сном.

Начала болеть с января 1997 г. от электрических токов, пронизывающих мое тело. Нельзя ни лечь, ни сесть, а теперь и стоять долго на одном месте. Пока можно только ходить. Но, боюсь, что скоро и ходить нельзя будет. Спать приходится очень мало, закутываться во все резиновое и подстелив резиновые коврики. На голову надеваю купальную резиновую шапку, мотоциклетный шлем или капюшон из автокамеры. На шею вешаю ряд батареек. Так живу уже 2 мес. Токи высокой частоты прожигают сердце, в голове - сотрясение, боли, головокружение, тошнота, рвота. Вызывали «скорую». Поскольку есть

«сильные» врачи, уже 10 лет подозреваю, что они готовят мне «естественную» гибель — дома в постели. Организаторы убийства — мои бывшие начальники: Б., Р., М., В., с которыми в 1987 г. был суд. Правосудие меня оправдало, и они действуют самосудом, используя связи с правоохранительными органами...

...Я погибаю по ночам и особенно к утру. Что-то происходит с ушами, в которых остается звук мотора автомашины за окном.

Версия: соседей заставляют облучать с машин за окном по сигналам. На днях вернулась домой, но в подъезд было страшно пойти, так как там караулили двое со зверскими лицами. Вслед за мной подкатил бежевый УАЗ с белым металлическим верхом. Оттуда вышел омоновец в зеленой пятнистой форме с сотовым телефоном. Вошел в дом и оставил его там. Лысый, лет 30, с черными усами, нерусский. Много лет нас мучил радиотелефон. Возможно, сейчас я от него погибаю — целенаправленно от мафии. Прошу возбудить уголовное дело.

21 ноября 1997г.

Мы констатируем в письменном творчестве К. А.П. наличие сенсорных автоматизмов, проявления бреда физического воздействия, бреда преследования. Маловероятно, что имели место и фрагменты острого чувственного бреда. Что такое «зверские лица» караульщиков? Чаше мы сталкиваемся с этим в остром чувственном бреде. Но у К. А.П. это, скорее всего, все же интеллектуальная переработка, интерпретация увиденных реально в подъезде мужчин. Почти в это же время в амбулаторную карту вклеивается обращение клуба пенсионеров в адрес прокуратуры, мэрии и редакции газеты.

В прокуратуру г. Набережные Челны, городской Народный суд, редакцию газеты «Челнинские известия», мэру г. Набережные Челны

Ходатайство

Большинство членов клуба пенсионеров при ДК КамАЗа «Надежда» знают К. А.П. с ноября 1996 г. Во многих делах, особенно в культурных мероприятиях, проявляет себя активисткой. Сольно исполняет песни каждый раз, в том числе песни и стихи собственного сочинения, проявляет себя и как художник-любитель. Обещает подарить клубу две лучших картины.

Никаких странностей в ее поведении мы не замечали, хотя встречи бывают дважды в месяц. Всегда весела, задорна. Танцует, пляшет и поет чуть ли не больше всех. Первое место актив клуба присвоил ей за знание и умение рассказывать интересные культурные события.

Просим снять ее с учета в ПНД.

В эти же дни делегация из десяти человек посетила главного врача. Это были солисты хора ветеранов. Заняв половину кабинета, они начали требовать, чтобы психиатры отстали от их солистки. Вместе с ними были две ее дочери. Одна из них категорически настаивала, что мать здорова и у каждого из нас есть свои «тараканы в голове». Вторая отмалчивалась. Хор исполнил песню, при этом наша героиня солировала. Все это очень напоминало сцену из кинофильма «Забытая мелодия для флейты».

Получив ответы из прокуратуры, газеты, мэрии и суда с прямо противоположными резолюциями, главный врач организует активное посещение врача- психиатра с целью выяснения состояния пациентки на дому:

Акт посещения на дому К. А.П., проживающей по адресу: Новый город...

К. А. П. живет в 4-комнатной квартире на 6-м этаже вместе с двумя дочерьми:

В. 1971 г.р. и Ю. 1973 г.р. Старшая дочь живет в Йошкар-Оле (со слов больной). А.П. получает пенсию в размере 292 тыс. руб. Дома неопрятно, везде разложены вещи, пол чистый. А.П. внешне выглядит бодро, речь ясная. Показала «обмундирование», в котором ложится спать: сшитый шлем, резиновый лифчик и типа плаща из черной резины, «чтоб не пробило током».

Рассказала, что она является активисткой пенсионного клуба, как солистка поет песни собственного сочинения. По просьбе с удовольствием спела песню. Пыталась рассказать о всех судебных исках, начиная с 1987 г. Жалуется, что ее не посещает участковый милиционер, несмотря на ее неоднократные заявления. На вопрос, для чего нужен участковый, ответила, что во время ее отсутствия кто-то бывает в квартире, портит вещи, рвет, ломает. «Пыталась искать экстрасенсов (22.12 посетила экстрасенса Зяби в доме 6/11, кв. 28, Татьяну Федоровну), но та ее не стала лечить».

К ПНД отношение негативное, подозревает в попытке отравления врачами ПНД, сразу заплакала при воспоминании. С соседями К. А.П. живет мирно, с их стороны жалоб тоже нет. Далее посетили дочь по месту работы: работает продавцом в парфюмерном отделе. У дочери также негативное отношение к ПНД. Сказала, что мать дома пьет успокоительные таблетки.

Оставлен телефон соц. службы ПНД.

Как бы ни протекало заболевание, каким бы ни был диагноз шизофрении, с формированием синдрома К-К, врачи не находили мотивов для недобровольной госпитализации. К. А.П. никому не угрожала, никаких действий, кроме писательских, не предпринимала. За нее горой встали общественность, редколлегия, собственные дети. Что могли психиатры предъявить суду в качестве мотивов для недобровольной госпитализации? Спустя два года после посещения К. А.П. сотрудниками службы социальной защиты она обратилась официально с заявлением о снятии со всех видов наблюдения. В связи с ее письменным обращением было проведено два заседания КЭК. Первое состоялось 14.06.01 г. и на нем вынесено решение о возможности перевода ее на консультативное наблюдение. Тут же резко активизировалась ее бурная деятельность, направленная на полное «снятие с учета» и наказание преследовавших ее врагов. Через четыре месяца, 26.10.2001 г., проводится второе заседание КЭК, которое мы полностью излагаем.

На расширенном заседании «КК» освидетельствована больная К. А.П., 1937г. рождения, проживающая по адресу:.....

Расширенное заседание комиссии проведено по личному заявлению К. А. П., настаивающей на снятии с любых видов наблюдения в ПНД и приглашении на дом специалистов- биофизиков, электротехников для выявления средств электрического, электромагнитного, волнового воздействия на психику больной.

Больная сообщала, что на нее постоянно воздействуют «электрическим током, какими-то волнами...Что-то постоянно жужжит, гудит, тарыхтит дома.... Дома пришлось настелить резиновые коврики и по ним ходить. Спать приходится в резиновой шапочке, в резиновом плаще для защиты от электрического тока...» Заявляет убежденно, что на нее воздействуют соседи, спецслужбы, занимаясь «психофашизмом» в отношении к ее личности. «Дома появился какой-то кабель — лжеантенна, который постоянно на меня воздействует. От этого по мне пошли какие-то пятна по телу...» Врачам демонстрировала пигментные пятна, сосудистые звездочки на ногах от варикозного расширения вен. На утверждение врачей, что это возрастные проявления на коже, убеждениям не поддается и утверждает, что это «проявление психофашизма». Сообщает также, что «при появлении нового кабеля для прекращения воздействия пыталась вырубить его из электрощита топором». Заявляет, что постоянно испытывает на себе влияние со стороны спецслужб, мафии, которых нанимали соседи. Также сообщает, что влияние электрического тока ощущает повсеместно и дома у дочерей, и «когда лечилась в женском отделении ПНД. На меня везде пытаются воздействовать, чтобы тем самым изгнать меня со свету!». Но больная отмечала, что воздействие электрического тока перестает ощущать под люстрой в своей квартире. Присутствующие на заседании дети отмечают, что воздействия какого-либо излучения на себе не ощущают.

В своем повествовании больная делает упор на свои творческие наклонности, соскальзывая с основной темы на общественную деятельность, демонстрируя свои таланты пением, рисунками, фотографиями. Порой, не выслушивая до конца вопросы врачей, опережает их в ответах. Речь громкая, сопровождается жестиком, яркой эмоциональной окраской. Стенична. Полностью поглощена своими проблемами, переживаниями, считает, что никто ее не хочет понять. Переубеждениям врачей не поддается. Мышление непоследовательное, с

соскальзываниями, паралогичное. Высказывает бредовые идеи персикуторного характера — преследования, отношения физического уничтожения.

Учитывая данные анамнеза, результаты многолетнего наблюдения, а также выявленные психические расстройства при настоящем обследовании, комиссия врачей-психиатров приходит к заключению, что К. А.П. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении в течение многих лет. Известно, что больная в 60-е годы в возрасте около 20 лет начала борьбу за справедливость, в это время у нее произошла манифестация паранойяльного этапа. Тем самым паранойяльный этап длился около 20—25 лет. Затем в середине 80-х годов начал трансформироваться в параноидный бред, в то время когда к идеям борьбы за справедливость присоединились идеи персикуторного характера, преследования ее за разоблачительную деятельность, появление в ее суждениях утверждений об организованной преступной мафии, о заговоре против нее мафии и спецслужб, воздействии на нее электрическим током, лучами; появление в ее организме неприятных тягостных ощущений — дерганья, тряски, вибрации. В последующем, через несколько лет после появления идей физического воздействия, присоединились функциональные слуховые галлюцинации. Таким образом, на фоне параноидного синдрома возникают бред физического воздействия, психические автоматизмы в рамках синдрома К—К.

Следует отметить, что эмоциональная сохранность, аффективно-бредовая заряженность, несмотря на многолетнее течение заболевания, достаточную активность в жизни и деятельности, не связанной напрямую с предметом бреда, позволяет утверждать о благоприятно текущем процессе, при котором негативные нарушения сводятся к проявлениям паранойяльной личности — эгоцентризму, «сверхпамятливости», стеничности, аффективному напряжению, сопровождающим актуальные для нее бредовые идеи. По своему психическому состоянию нуждается в недобровольном лечении (в соответствии со ст. 29, пп. «а», «в» Закона о психиатрической помощи....) и динамическом диспансерном наблюдении (в соотв. со ст. 2, п. 1 того же закона) в связи с наличием непрерывно-текущего психического заболевания, наличием параноидного бреда и возможной социальной опасности.

Апофеозом ее письменного творчества является восьмистраничное послание, названное автором: «Убойная таблица о преступлениях мафии г. Н. Челны — моя версия». В этом объемном труде приводятся «факты» о насильственной, по ее мнению, смерти и болезнях 60 человек - родственников, знакомых, известных людей. Некоторые из этих людей живы, в том числе и сама К. А.П. со своими детьми. По какой логике они попали в список «убойных»? Таблица состоит из семи колонок, шестая из которых называется так: «Смерть или болезнь». Причины смерти или болезни — это в сжатом виде формулировки нескольких видов бреда — отравления, воздействия, преследования. Таблица уникальна еще тем, что распространяется на события 20—25-летней давности и демонстрирует ретроспективное бредообразование. Прочитаем некоторые данные из нее.

Вот под № 30 описывается старушка Мария, 80 лет, которая умерла от гангрены, так как хирург намеренно оторвал ей ноготь на ноге. Почему он убил именно эту бабушку? А ее сыновья хотели жениться на дочерях А.П. Следующий случай № 4: в Мордовии умирает бабушка 70 лет, ничем до смерти не болевшая. Мафия боялась, по мнению К. А.П., что эта бабуля передаст жалобу А.П. в Москву. Случай № 9: Николай, помощник начальника охраны, честный человек. Версия А.П. — отравление в столовой осуществил подлец В. Случай № 13: Павел 50 лет. Военный советник Вьетнамской войны. Отравлен в 1991 г. тем же И., которому А.П. отказала в интимной близости: «Это ему раз плюнуть, он и меня подтравливал во время обеда». Случай № 20: Владимир Д., 1950г.; его «мафия споила до импотенции, убили под Ростовом на дороге КамАЗом». Дочери А.П. в этой таблице встречаются дважды под разными номерами. Они сначала были отравлены, затем им сломали позвоночника, кому на танцах, в театральной студии, кому дома, когда к средней дочери залезли парни, выпрыгнувшие затем через окно.

Каждый из шестидесяти случаев интерпретирован и связан с личной судьбой К. А.П. и иллюстрирует, по ее мнению, длительное преследование ее мафией I и с использованием отравления, воздействия на организм ядов, электричества, лучей и т.д. Выраженных галлюцинаторных явлений на всем протяжении болезни не описано, если не считать таковыми слова о «гудении», «шуме», «треске», каковыми она описывает сопровождение воздействия лучами или электричеством. Поэтому называть состояние синдромом К—К в полном смысле нельзя, ибо отсутствует важнейший компонент — псевдогаллюцинации. При бредовом варианте все же должны быть, хотя бы редкие, единичные псевдогаллюцинации. Можно лишь условно говорить о формирующемся синдроме К—К. В точном же значении — это сочетание бреда физического воздействия,

отравления, преследования с сенсорными автоматизмами. Можно рискнуть и предположить, что относительная доброкачественность течения и связана с отсутствием компонента псевдогаллюцинирования.

К. А.П. решила судиться с психиатрической службой, обратившись в суд с иском о нарушении прав человека. Предоставляем возможность ознакомиться с решением суда.

Дело №9 2-4325/03.

Решение именем Российской Федерации 28 октября 2003 г.

Набережночелнинский городской суд РТ в составе: председательствующего судьи Ф. А.Ф. с участием прокурора Г. Э.Р. при секретаре С. Е.А.

Рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по жалобе К. А.П. на действия главного врача психоневрологического диспансера г. Набережные Челны, установил:

К. А.П. обратилась в суд с жалобой на действия главного врача ПНД г. Набережные Челны, указывая, что им в правоохранительные органы даются ложные сведения о пребывании на учете в ПНД. Тем самым угождает мафии и оставляет в опасной для жизни ситуации. Ей на основании справок за подписью главного врача отказывают в защите, хотя ее облучают, в квартире имеют место шум, вибрация, и она вынуждена спать в холодной воде, надев резиновый жилет, шапочку, с целью устранения последствий, пить водку. Резко ухудшилось состояние здоровья.

Считая действия должностного лица неправомерными, просит суд о снятии ее с учета.

Главный врач в суд не явился, представляющий его интересы И. С.А. с жалобой не согласился, пояснив, что действительно по просьбе заявительницы решением комиссии она была снята с диспансерного учета и переведена на консультативное наблюдение, однако затем из-за ухудшения состояния здоровья вновь поставлена на наблюдение в виду нуждаемости в динамическом диспансерном наблюдении и лечении.

При таких обстоятельствах, принимая во внимание факт отсутствия в жалобе, несмотря на многочисленные обвинения в адрес должностного лица о нарушении ее прав и свобод, какой-либо юридической аргументации, подтверждающей факты совершения неправомерных действий со стороны главного врача ПНД г. Набережные Челны, отсутствие доказательств и эмоциональный характер обвинения, суд приходит к выводу о необоснованности жалобы К. А. П., что влечет отказ в удовлетворении жалобы.

Итак, мы перевернули последнюю страничку истории судьбы К. А.П. Что в этом «типичном» варианте трансформации паранойяльного бреда в параноидный нетипичного? Почти полное отсутствие негативной симптоматики, которая является, по мнению многих, основным оселком, на котором поверяется диагноз шизофрении. До старости пациентка сохраняет энергетический потенциал в успешном и энергичном состоянии, она занимает активную жизненную позицию, работает, участвует в самодеятельности, да еще так, что весь состав хора ветеранов приходит в кабинет главного врача ПНД защищать ее от «карательной психиатрии». Она сохраняет эмоциональность и отзывчивость, если не брать во внимание непосредственное содержание бреда. Она не уходит в аутистическое уединение, и ее среда обитания души — не аутистическая, а лишь бредово-окрашенная. Она сохраняет дистанцию и такт общения, т.е. нет и не было за все годы проявления регрессивной синтонности. Не было и намека на дрейф. Она собственными руками строила свою судьбу. В то же время глубина психопродуктивных нарушений констатирована вполне достаточная для точного диагностирования эндогенного процесса. Но это — и не та паранойя, не моноидея, а развернутый большой и сложный бредовый синдром. Значит, не всегда обязательным является сопровождение негативным дефектом развертывающейся психопродуктивной симптоматики. Размышляя об этом случае, нужно отметить еще одно обстоятельство социального контекста. Мы, конечно же, должны оберегать и жалеть наших пациентов, но и страдающие от них окружающие люди - тоже жертвы психоза. Психиатр часто находится на том самом лезвии бритвы, где «шаг влево, шаг вправо...»

Рассмотрим третий случай непрерывно-прогредиентной параноидной шизофрении, особенность которого — заболевание, прослеженное на протяжении 50 лет, из которых последние 30 лет пациент наблюдался и курировался нами.

Случай 6. 52 года лечения параноидной шизофрении

С. А.Б., 1936г. рождения.

Анамнез: наследственность манифестными формами психических заболеваний неотягощена. Родился в г. С., в семье рабочего вторым ребенком от третьей беременности (возраст матери при его рождении — 26 лет). Мать — пенсионерка, работала учительницей начальных классов. Отец также пенсионер, работал мастером металлургического завода. Мать по характеру в меру общительная, эмоционально — довольно ровная, сдержанная,

с детьми корректно-суховатая. В воспитании детей отличалась строгостью. Внешние проявления эмоциональных реакций для нее были не характерны, особенно проявления нежности и любви к детям. Считанные разы за всю жизнь могла позволить себе поцеловать ребенка, понежить. Отец — передовик труда, член КПСС, всегда охотно выполнял общественные поручения. Эмоционально довольно отзывчивый, лабильный. В обращении с детьми неровен, вспыльчив, но быстро отходчив. А. родился доношенным, без патологии в родах. В восьмимесячном возрасте перенес полиомиелит с последующим вялым парезом и атрофией мышц левой руки. Переболел в детстве гриппом, корью. Ходить начал в 1 год, говорить также к году. Интеллектуальное развитие очень быстрое и хорошее. Детских учреждений не посещал. В школу пошел в 7,5 лет. Успеваемость всегда была неплохой, особенно легко давались точные науки: математика, физика, химия. Увлекался радиотехникой, фотографией, мастерил приемники, разбирали электроприборы и т.д. В детские годы отличался ровным, спокойным характером, был очень послушным. С первого слова, по первому требованию выполнял любую домашнюю работу, как бы тяжела она не была. Был первым помощником матери в воспитании детей. Кроме него, в семье воспитывалось еще пятеро сестер и братьев. Материальный достаток в семье был небольшим, старший сын очень охотно помогал отцу в работах на огороде — пересаживал саженцы, убирал картофель, вскапывал землю весной. Отличался некоторой обидчивостью, особенно когда одноклассники дразнили «сухоруким». Имел друзей, но до конца откровенным с ними не был. После окончания 8-го класса школы поступил в земельный отдел горисполкома работать землемером, с чем отлично справлялся. Параллельно учился в вечерней школе. Закончив II классов вечерней школы, поступил на вечернее отделение металлургического факультета. К этому времени уже три года работал приемщиком металла на металлургическом заводе. Работая на заводе и в земельном отделе, всю зарплату, до последней копейки, приносил домой и отдавал матери. Будучи способным в учебе и «идеальным сыном» в семье, оставался до начала болезни «надеждой семьи».

(Итак, в преморбиде данного случая можно отметить послушность, умеренную общительность, успешность в обучении в школе, уважение и почитание родителей, заботливое отношение к младшим членам семьи. Вроде бы ничто не предвещало беды.)

В 20 лет, учась на первом курсе института, получил закрытую травму мозга. Защищая девушку от хулиганов, получил удар кирпичом по голове. Травма явилась провоцирующим фактором в дебюте заболевания. Стал замечать быструю интеллектуальную утомляемость, вялость. Понижилась работоспособность, однажды пришел на работу выпивший, и хотя этого никто не заметил, стал считать себя «конченным человеком». Появились идеи самообвинения. Уверял, что он плохой человек, что скоро все узнают об этом и станут смеяться над ним. Не мог понять, что необходимо для «нормальной жизни», что нужно брать от жизни. В голове ощущал «тупость».

(Мы можем оценить дебют как развитие астено-динамического варианта эндогенной депрессии, в сопровождении идей самообвинения и идей отношения.)

Решил умереть и бросился во время работы на раскаленные заготовки рельсов. Чудом был спасен рабочими и поступил для дальнейшего лечения в областную психиатрическую больницу, где пролежал 4мес., лечился инсулиношоковой терапией и вышел инвалидом II группы. Затем после выписки 20 раз госпитализировался в психиатрическое отделение г. С. При поступлении обычно жаловался на плохую память, непонимание окружающей жизни, отсутствие совести, утверждал, что у него «матершинное лицо», что все окружающие смеются над его позором — отсутствием половых органов, «потерей молодости из груди».

(Появляется дисморфоманический бред, очень характерный для начальных этапов шизофрении, тематически также типичный, касающийся мужских половых признаков и лица.)

Испытывал истинные и псевдогаллюцинации слуха, слышал императивные «голоса», заставляющие разбить стекло, задушить брата (однажды осуществил попытку удушения младшего брата), отмечались стереотипии в речи и движениях, откашливался, чтобы «стряхнуться».

(Галлюцинаторный компонент быстро становится императивным псевдогаллюцинозом, под влиянием которого больной совершает акт агрессии по отношению к младшему брату.)

Заявлял, что «высохли мозги, от сердца остался маленький кусочек».

(Возникают отрывочные идеи нигилистического бреда, бреда Котара, что может свидетельствовать о тенденции к парафренизации.)

Обычно после лечения в отделении наступало улучшение, но на непродолжительное время. Только однажды, после курса инсулинотерапии, с 1962 по 1964 г. отмечалось трехлетнее улучшение, во время которого устроился работать на овощную базу подсобным рабочим. После 1964 г. не работал, являясь инвалидом II группы. Неоднократно угрожал покончить жизнь самоубийством, повеситься, но попыток не осуществлял. Устав увещевать сына, мать не раз говорила ему: «Вот тебе веревка. Иди вешайся». В июне 1970 г. был определен в интернат для психохроников, где находился до 1977 г. Интернат был деревенского типа, больные содержались в крайне запущенных условиях: около сотни психических больных, часто голые, ползали, валялись, месяцами жили во дворе барака, огороженные деревянным загоном, напоминающим изгородь скотного двора. За семь лет заметно усилились черты процессуального дефекта, стал недоступным продуктивному контакту, грубо аутичным, на свиданиях с родственниками что-то бормотал, почти никак не реагировал на их приезд, передачи. Вместе с тем в поведении все семь лет отличался спокойствием, безобидностью, вызывая симпатии у работников дома инвалидов. Родственниками был переведен для дальнейшего лечения и наблюдения в психиатрическую больницу по месту жительства сестры.

Психическое состояние при поступлении в эту больницу: сознание не помрачено. Правильно называет свое имя и фамилию, в месте пребывания ориентирован весьма приблизительно, за временем не следит. На беседу входит медленной походкой, сидит с отсутствующим выражением лица. На вопросы врача или совсем не реагирует, или реагирует неясным бормотанием. Вступить в продуктивный контакт практически невозможно. Лишь на самые элементарные вопросы удается получить весьма односложные ответы. Узнает отца, мать, соседа. Вспоминает про бывших друзей. При знакомстве с врачом, представленный как Исаак Михайлович, в ответ говорит: «Исаак Осипович Дунаевский». Спонтанная речь разорвана, полна обрывков бредовых переживаний, галлюцинаторных феноменов. Пример речи: «Американцы говорят, градусник, Хьюстон, собаки, денег нет, груша так, что зайду объясню, сегодня день выборов, голосуем, он артист Лившиц». При спонтанном разговоре часто оглядывается по сторонам, улыбается весьма неадекватно, совершает массу стереотипных движений руками, туловищем, поглаживает ладони, похлопывает, массирует уши, перекашивается, как судорогой лицо, вскакивает, подпрыгивает, начинает танцевать какой-то замысловатый танец, поданную газету начинает читать вслух, согласно тексту, но объяснить, о чем прочитал, не может. Читая газету, внезапно обрывает чтение и начинает бормотать бессвязные фразы. Иногда отмечаются переговоры с невидимым оппонентом, отвечает на вопросы, что-то объясняет, из чего можно заключить наличие галлюцинаторных феноменов. В поведении полностью безынициативен, пассивно подчиняется всем требованиям врача, родственников, послушно идет, встает, садится кушать, одевается и раздевается, бреется. Навыки по обслуживанию себя значительно утрачены. Неоднократно оправлялся в штаны, мазал стены калом, был крайне неопрятным. Затруднено самообслуживание еще из-за атрофии мышц левой руки. Эмоционально монотонен, холоден, несколько раз улыбается весьма неадекватной улыбочкой. Появление матери, которую не видел два года, встречает ровным рукопожатием% равнодушно пересаживается с поезда на поезд при транспортировке, не интересуясь, куда его везут.

(Итак, на данном этапе развития болезни мы констатируем наличие сформировавшегося грубого процессуального дефекта, достигающего уровня конечного состояния при непрерывной параноидной шизофрении.)

Пассивно соглашается принимать участие в простых видах трудотерапии, но требует постоянного контроля инструктора. Ежеженедельно сестра забирала его в домашний отпуск на выходные дни, где вновь обучался приемам самообслуживания, получал домашнюю пищу, смотрел телепередачи, читал газеты. В связи с

переездом младшей сестры на другое место жительства был переведен для дальнейшего лечения в К. областную психиатрическую больницу.

Из выписки стационарного больного от 29.08.86 г. следует, что с 09.05.79 г. по

17.05.86 г. находился в ОПБ. Психическое состояние: в беседу вступает охотно, на лице неадекватная улыбка. Всесторонне ориентирован. Высказывается об отсутствии мыслей: «Иду и сам себя теряю, ни сердиться, ни плакать не могу, нет ничего, и сна нет». Вспоминает, что 2 дня назад видел перед собой: «Из меня жилы, вены выходили и шестеренка какая-то работала». В процессе беседы улыбка не сходит с лица больного. Расстройств восприятия, бредовых идей не обнаруживает.

(Конечно же, мы должны оценить как ошибочный вывод в описании психического состояния лечащим врачом об отсутствии бреда и расстройств восприятия. По меньшей мере имеются проявления бреда Котара, возможно, некие висцеральные галлюцинации, элементы синдрома К—К.)

Эмоционально снижен. Сохраняется частичная критика к состоянию. В отделении на лице неадекватная улыбка. Доступен контакту, всесторонне ориентирован. Охотно делится переживаниями: «Голова пустая, мыслей нет, как-то неловко чувствую себя, маму люблю, а чувств нет, пусто. Это не нравится мне». Периодически отмечает головокружение. За период лечения принимал галоперидол, тизерцин, трифтазин, амитриптилин. Еженедельно его отпускали в домашние отпуска к сестре, где проводил воскресные дни, пребывал в приусадебном саду, общался с племянницами. Состояние больного за семь лет пребывания в стационаре улучшилось. Стал участвовать в трудовых процессах, исчезли галлюцинаторные переживания. При выписке жалоб нет, сон и аппетит в норме, режим отделения соблюдает. Работает в бригаде. Бредовых идей не выявляет. Страхов, обманов восприятия нет. Фон настроения ровный. Эмоционально холоден. После выписки из областной больницы, начиная с 1986 г., не госпитализировался, проживал с престарелой матерью до 1994 г. Постоянно получал поддерживающую терапию нейролептиками. С 1994 г. проживает самостоятельно в однокомнатной квартире. Наблюдается сестрой. Поддерживающую терапию принимает регулярно. Периодически отмечались кратковременные обострения заболевания. Из записи в амбулаторной карте от 19.04.1996 г.: «Состояние тяжелое. Заторможен, речь смазанная, глаза сонливы. На вопросы отвечает непоследовательно, неадекватно заданному вопросу. Совершает многочисленные стереотипные движения — мотает головой, жалуется, высовывает язык, потирает руки, хлопает в ладоши, что-то бормочет, чаще однотипные, стереотипно повторяемые фразы. К чему-то прислушивается, затыкает уши руками. Ночной сон крайне беспокойный, лежит на постели и постоянно бормочет, встает, ложится снова, ходит по комнате, часто пьет. Временами начинает вспоминать давно прошедшее время, умерших родственников, при этом путается. Проводилось лечение триседилом, галоперидо-лом, тизерцином в среднесуточных дозировках. В 1998 г. устроился работать разносчиком газет и торговал ими, получая в месяц по 400—600рублей.

(Данный дневник из амбулаторной карты демонстрирует, что активность психоза отнюдь не исчезла: как только нарушается режим приема лекарств, или наблюдается погрешность в употреблении спиртного, разворачивается массивный психопродуктивный статус.)

Периодически ссужал деньгами соседей, местных пьяниц, получая от них возврат долга с небольшими процентами. Дважды родственники обменивали квартиру. Первый раз затопил нижних соседей, проживая на одиннадцатом этаже. На второй квартире, многократно давая в долг местным пьяницам, однажды «нарвался» на бывших уголовников, которые пригрозили ему убийством. Сильно напугался, отсиживался несколько недель у сестры. Затем, после повторного обмена, в течение десяти месяцев жил спокойно. Многие годы получал в день по 20 мг галоперидола, 25 мг тизерцина на ночь. Отличался неопрятностью и неаккуратностью в быту. Носил поношенные, подаренные ему чужие вещи, накапливая их и другое старое хламье. Квартира периодически освобождалась родственниками от старых ящиков, комодов, тумбочек, половиков, телевизоров, часовых механизмов, груды пальто, плащей, рубашек, ношенных туфель, репродукций. Проходило несколько месяцев, и жилище вновь заполнялось остатками чужого быта, выброшенными на помойку. Кухня постоянно была заполнена остатками пищи, засохшими корками хлеба, подгнивающими овощами и фруктами, заплесневелыми в холодильнике продуктами.

(На протяжении многих лет пациент живет в типичной среде существования хронически-эндогенного больного. Зайдя в его квартиру, можно почти точно диагностировать не только нозологию болезни, но тип и степень шизофренического дефекта.)

В начале 2006 г., во время прямого эфира с Президентом страны, послал В.В. Путину вопрос об отношениях между РФ и США. Получил ответ из Министерства иностранных дел от начальника Департамента Северной Америки с разъяснением этих отношений, чем сильно удивил родственников. Два последних обострения связаны с употреблением небольших доз алкоголя с соседями или заемщиками денег. Последнее ухудшение состояния — с конца августа 2006 г. Галлюцинировал, обнаруживал растерянность, загруженность переживаниями. Конфликтовал с родственниками, перестал самостоятельно готовить пищу. 6 сентября совершил суицидальную попытку — пытался перерезать шею. Сам обратился к соседям, истекая кровью. Произведено ушивание раны, в течение шести дней находился на лечении в отделении интенсивной терапии. Получал галоперидол по 30 мг в сутки, тизерцин на ночь. В день выписки из отделения интенсивной терапии прослезился, благодарил медсестер за уход и лечение, называя всех по имени. После выписки из хирургического стационара состояние оставалось нестабильным. Жаловался на пустоту в голове, апатию, начинал плакать, увидев очередного навещающего его родственника. Жалуясь на пустоту в голове и плохую память, при расспросах обнаруживал поразительную осведомленность и сохранность в памяти событий многолетней давности. Рассказывал, как в сельском доме-интернате на Северном Урале целые дни проводил, валяясь голым на песчаном загоне. Как санитары загоняли больных палками в бараки, как однажды ночью кто-то бил его сапогами в грудь из-за того, что приподнялся на постели. Вспоминал также 1985 г., когда, будучи пациентом сельской областной психиатрической больницы в Крыму, стал свидетелем уничтожения виноградников и яблоневого сада подсобного хозяйства по распоряжению «придурковатого» главного врача, ретиво исполнявшего распоряжения власти о борьбе против пьянства и алкоголизма. Вспоминает содержание «Ревизора» Гоголя, особенности поведения героев «Мертвых душ», пересказывая в ролях Манилова, Собакевича, Чичикова. Проявляет осведомленность в политических событиях, случающихся в стране и мире. Одобряет действия и поведение Садама Хусейна, Фиделя Кастро и Уго Чавеса. Может вступать в дискуссии о своих симпатиях к представителям тоталитарных режимов. Однажды, возможно, впервые за последние пятьдесят лет, подарил своей сестре комнатные духи на стеклянной подставке, купленные на собственную пенсию, чем вызвал немалое удивление у всех членов семьи.

Итак, мы стали свидетелями полувекового течения эндогенного психического заболевания. Начиналось оно в юности, в типичном возрасте дебютирования шизофрении, толчком к началу которого послужила черепно-мозговая травма. С первых же лет появилась галлюцинаторная, псевдогаллюцинаторная симптоматика с элементами синдрома Кандинского—Клерамбо, бредовыми идеями самообвинения, дисморфоманическим бредом, качественными расстройствами мышления, отдельными кататоническими нарушениями. Заболевание протекало прогрессивно, рано сформировался типичный процессуальный дефект, заметно усиленный явлениями госпитализации и артефактами интернатского быта. В течение девяти лет после пребывания в интернате происходило постепенное возвращение навыков самообслуживания, своеобразное очеловечивание, формирование нестойкой внутригоспитальной ремиссии. Исключительная особенность данного случая - отсутствие госпитализаций на протяжении последних двадцати лет течения заболевания при получении ежедневной поддерживающей терапии галоперидолом и тизерцином. Особенность также и в возможности самостоятельного проживания, хотя и с типичными проявлениями «среды обитания» больной души. Незначительные отступления от регулярной терапии приводили к немедленному возобновлению психопродуктивной симптоматики с совершением тяжелой суицидальной попытки, доказывая тем самым непрерывный характер процесса. Исключительность данного случая — также некоторое обратное развитие РЭПа, при котором больной, бывший тридцать лет назад глубоким инвалидом, с грубыми проявлениями дефекта, приближающимися к конечным состояниям, описанными Э. Крепелиным, на закате своей жизни и болезни цитирует наизусть монологи Манилова и Чичикова, задает вопросы президенту страны, обсуждает преимущества диктаторских режимов, покупает и читает журнал «Вокруг света». Случай весомо и зримо демонстрирует возможность и необходимость настойчивого терапевтического подхода даже к самым запущенным и тяжелым случаям заболевания, внушает оптимизм в осознание сложного, не всегда благодарного, труда психиатра.

Случай 7. Шизофрения с шизофреноманией. Особый вариант некритичности

Б. И., 1989 г. рождения.

Из анамнеза: со слов пациента и его матери известно, что родился от первых родов. Беременность протекала без особенностей. Во время потуг его «выжимали». Родился с цианотичным оттенком лица. После похлопывания закричал сразу. В первые сутки приложен к груди. Раннее развитие без особенностей. Ходить начал к году, так же как и говорить первые слова. Фразовая речь с полутора лет. Был усидчивым ребенком, играл, хорошо запоминал стихи К. И. Чуковского на слух. С 4—5 лет начал самостоятельно читать. С 6 лет уже читал книги серии «Я познаю мир». Собирал наклейки с животными. С 4 лет начал считать, сколько раз машина заедет на бордюр. Если больше 4—5 раз, то это означало «плохо» (плакал), если более 6 раз, было «хорошо», настроение поднималось. В возрасте 3—4 лет во время засыпания при закрытых глазах возникало мелькание мушек, просил включить свет и так засыпал. Периодически ощущал жжение, **боль** в кончике языка, возникающую и исчезающую самостоятельно. Испытывал тревогу, боялся, что с родителями что-то случится. 27 августа 1992 г. после ревакцинации прививки полиомиелита, спустя две недели, почувствовал головокружение, начал «закидываться» в бок, ослабли мышцы руки и ноги, мышцы шеи (не мог сидеть, держать голову). Затем, после

5 дней, все это исчезло. 9 июня 1993 г. на фоне ОРЗ при болях в горле случилась первая рвота, носившая характер неукротимой и продолжавшаяся 16 ч подряд (со слов матери пациента). Подобные приступы рвоты случались затем ежегодно, по три раза в год, при этом больной точно знал, что они будут повторяться. Рвота возникала только на фоне болей в горле, в их отсутствие даже при сохранности других признаков инфекции не наблюдалась. Приступы рвоты продолжались до 2004 г., исчезли после назначения эглонила. Так как рвота возникала на фоне ОРЗ и болей в горле, из-за боязни заразиться детсад не посещал. В 7 лет пошел в школу, учиться начал с интересом. Сторонился одноклассников, боялся их, практически не общался со сверстниками. В 1999 г. (после 3-го класса) появились «приказы», «голоса» и с этого же времени ритуалы. Необходимо было посмотреть на каждые три пятнышка ковра. В туалет нужно было идти в маленьких тапочках и брать с собой три машинки. С этого же времени присоединились нехватка воздуха и «потеря памяти». Совершал какое-либо действие, проходило несколько минут, и ему казалось, что это было давно, «как будто поставили заслонку». Отсутствием друзей никогда не тяготился. До 5-го класса был отличником. С 5-го класса одноклассники его стали называть «чертом», толкали, обзывали, осмеивали, издевались. С блет начал увлекаться зоологией, орнитологией, а с 5-го класса появилось увлечение ботаникой, собирал гербарий (всего собрал 600 видов растений). Выучил наизусть все местные виды и семейства растительного мира. С конца 2003 г. появились назойливые и навязчивые мысли — «страшные, отвратительные, философские мысли», когда же они стали нестерпимыми, он понял, что психически болен. Испытывал угнетенное настроение, тоску, к вечеру состояние незначительно улучшалось. Тоску ощущал в голове, периоды просветления бывали редко. Навязчивые мысли звучали в голове: «Убей себя, перережь вены, сбросься с моста». С частотой один раз в неделю больной ощущал «приступы немотивированной агрессии», после которых испытывал слабость в течение 2—3 минут, затем вновь нарастали возбуждение, тревога, больной начинал бегать по комнате, стучать по стене. Весь мир становится «серым, мрачным, ненужным». Лечился у психотерапевта 6-й поликлиники (принимал финлепсин, эглонил). Из амбулаторной карты ПНД известно, что впервые к психиатру обратился в сопровождении матери в феврале 2005 г.; от предложенного стационарного лечения отказался. При повторном посещении участкового психиатра в ноябре 2005 г. был направлен на лечение в дневной стационар, где находился с 07.12.05 г. по 16.01.06 г.; был осмотрен КЭК с участием главного врача, вынесено заключение: параноидная шизофрения, непрерывное течение с формированием синдрома К—К. За период пребывания в отделении был освидетельствован МСЭ, определена инвалидность. Был выписан с незначительным улучшением, сохранялись аффективные нарушения, приступы тревоги, псевдогаллюцинаторные расстройства. Решением КЭК взят на диспансерное наблюдение. В связи с плохой переносимостью rispoleпта (развитием нейрорептических осложнений) в течение месяца (амбулаторно) пациент принимал сероквель — 750 мг/сутки. Положительной динамики в состоянии не отмечалось, был повторно госпитализирован в дневной стационар, где находился на лечении с 21.02 по 16.03.06 г. В стационаре схема лечения была изменена: в течение месяца принимал трифтазин 45 мг/сутки, амитриптилин 150 мг/сутки, седалит 600 мг/сутки. С ухудшением состояния (нарастанием тревоги, сохраняющимися галлюцинаторными переживаниями, выраженными аффективными нарушениями) обратился в дневной стационар. Преложена госпитализация в режиме дневно-ночной стационар для активной психофармакотерапии. Психическое состояние: сознание не помрачено. При поступлении больной ходит по кабинету, опустив голову, свесив руки по бокам, быстрыми шагами. На врача, любые уговоры, замечания реагирует раздраженно. Лицо выражает гнев, обиду, разочарование, из глаз льются слезы. Тон речи напряженный, отрывистый, порой грубый. Высказывает недовольство в отношении рекомендуемых препаратов, утверждает об отсутствии какой-либо положительной динамики в состоянии. Описывает тягостные, мучительные

состояния «серости», тревоги, «не могу я больше так жить, лучше умереть...». Периодически ускоряет шаг, начинает практически метаться по

кабинету и издавать рычащие звуки. Немного успокоившись, продолжает беседу, хотя тон остается напряженным, раздраженным. Рассказывает о «голосах», которые угрожают, комментируют действия, но отмечает, что ему они не так тягостны, «мне бы избавиться от потряхиваний...». Негативно отреагировал на предложенное лечение в условиях круглосуточного стационара, после разъяснений и уговоров согласился на лечение в условиях дневного стационара. На появление врача отреагировал гневным выкриком ... «не смотрите на меня так... ну не смотрите на меня...». Продолжает ходить по коридору, холлу отделения, плотно сжав зубы и издавая звук по типу рычания. При этом плотно сжимает кулаки, гневно оглядывает все предметы, находящиеся в пределах поля зрения, испытывая желание разрушить их. От вступления в словесный контакт отказывается, нервозно направляется к концу коридора и останавливается только после уговоров мамы. Высказывать жалобы отказывается. Во время беседы смотрит прямо перед собой, на вопросы врача не реагирует или коротко отвечает после нескольких повторений вопроса. Наличие «голосов» отрицает. О своем состоянии говорит «Серо, плохо...». На вопрос, с чем связан отказ от общения с врачом, больной высказался... «раздражает все, неприятно...». Настаивает на желании пойти домой... «мне там легче будет...». При попытке мамы разубедить его начинает кричать, надрывно спорить, плакать, кидать вещи. Выражение лица раздраженное, взгляд гневный, усталый. Тон речи напряженный, отрывистый, порой грубый. При беседе по поводу своего заболевания сообщает, что знает, чем он болен, уже давно прочитал много книг по психиатрии и сам себе поставил диагноз шизофрении, простая форма. На вопрос врача, почему он считает, что болен именно простой формой, сообщает, что гебефренической у него нет, так как нет дурашливости в поведении и бурного психоза. Кататонической также нет, так как у него нет ни ступора, ни возбуждения со стереотипными движениями. Параноидной формы у него также нет, так как его не преследуют, он просто слышит приказы и голоса и боится не людей и бандитов, а собственных крайне неприятных ощущений, от которых и умереть может. Значит, остается, что он болен простой формой. Соглашается, что лечение необходимо, что шизофрения — это серьезное заболевание, но лечат его не так, состояние его все ухудшается, у него, по его мнению, множество осложнений, в том числе и «экстрапирамидные» нарушения. Уверен, что любое лекарство на него действует плохо, он уже прочитал про все лекарства, и все вызывают у него осложнения и ухудшение состояния. Считает, что вполне мог бы учиться, так как способности у него и «в теории по шизофрении не страдают», и на практике он интеллекта не потерял, но из-за неумелого врачебного воздействия ходить в институт не может...

Мы прервем изложение истории болезни на этом месте в описании психического состояния и подведем краткие итоги. Нет сомнения, что наш пациент страдает параноидной шизофренией с вербальными псевдогаллюцинациями, вычурными сенестопатиями, при которой навязчивые расстройства, имевшие место в дебюте заболевания, постепенно переросли в начальные проявления синдрома Кандинского—Клерамбо. Что же такое есть утверждение пациента о наличии у него шизофрении, при том, что она действительно имеет место быть? Да, может показаться при поверхностном взгляде, что мы имеем дело с неординарной личностью, склонной к рефлексии, с грамотным начитанным молодым человеком, блестяще распознавшим у себя самого и диагностировавшим психическое заболевание. Был грех, так мы и думали при первом знакомстве с И. Проведя «работу над ошибками», мы осознали, что это далеко не так. Конечно же, дело не в том, верно или нет больной диагностирует у себя ту или иную форму заболевания. Вся динамика состояния, смена одних психопатологических феноменов другими, личностная оценка своего состояния и суждения о прогнозе своего заболевания, постоянные обвинения врачей и медицины в терапевтической несостоятельности упорное доказывание наличия у себя того, что давно и всем очевидно (психического заболевания — шизофрении), свидетельствует вовсе не о критике, а о формировании ипохондрического бреда, при котором на фоне многолетнего развития многочисленных расстройств восприятия, появления отдельных симптомов синдрома Кандинского — Клерамбо возникает бредовая интерпретация своего состояния, оформленная в психиатрический диагноз, полностью совпадающий с реальностью. Это и есть как раз случай, о котором писал К. Ясперс в «Общей психопатологии», когда содержание бреда полностью совпадает с имеющейся реальностью, которая одним фактом своего существования и совпадения с содержанием бреда не может отменить сам бред. Эти те редкие случаи, которые убеждают, что содержание бреда как объективно познаваемый феномен не может быть главным диагностическим критерием бреда, ибо дело вовсе не в его тематике, не в его несоответствии с действительностью, а в коренном изменении онтологического статуса психически больного человека, изменении

его личности, не могущей дистанцироваться от продукта своего болезненного творчества, ибо это означало бы перестать быть самим собой, зачеркнуть себя и свою жизнь.

Случай 8. Шизофрения приступообразно-прогредиентная, с шубом, сопряженным с убийством матери

Шизофрения приступообразно-прогредиентная

В этой главе мы рассмотрим случай шизофрении, течение которой чередовалось возникновением приступов на фоне непрерывно текущего паранойяльного ипохондрического бреда. В общей психопатологии мы в основном изучали «поперечный срез» психоза, так сказать топографическую анатомию психических нарушений. В частной психиатрии врач изучает динамику, движение болезни, исследует события жизни, «изъеденные» болезнью. Приступообразно-прогредиентная шизофрения (шубообразная) описана московской психиатрической школой в 60-е годы прошлого столетия. Она стала своеобразной «накопительной корзиной», куда врачи «складывали» все случаи, не вмещающиеся в рамки типичных крепелиновских форм. Краеугольным камнем выделения данного типа течения было сочетание четко очерченных приступов и непрерывно текущих расстройств. После каждого очередного приступа должно происходить ступенчатообразное снижение уровня личности. Дефект как бы спускался по лестнице вниз. На очередной ступеньке разворачивался очередной приступ, после которого личность пациента спускалась на ступеньку вниз, в направлении к дефекту. Правда, конечные состояния в последние десятилетия практически не регистрируются психиатрами. Непрерывно текущие расстройства могли быть неврозоподобными, паранойяльными, психопатоподобными и т.д. Самое важное при диагностике данной формы — высмотреть не проявления приступа болезни (они на виду и обнаруживаются весьма ярко), а правильно определиться с непрерывно текущими нарушениями, которые зачастую являются фасадом, маскирующимся подобием ремиссии. Именно они определяют своеобразие клинической картины психоза и зачастую темп прогредиентности. Описываемый далее случай уникален по клинике, социально-правовым последствиям, особенностям попадания пациентки в поле зрения психиатров.

Случай 8. Шизофрения приступообразно-прогредиентная, с шубом, сопряженным с убийством матери

С.И., 1955г. рождения.

Родилась в Нижегородской области вторым ребенком в крестьянской семье. Воспитывалась обоими родителями. Отец умер 20 лет назад, мать погибла от руки дочери. Раннее развитие прошло без особенностей. В школу пошла с 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Любила уроки химии и гуманитарные предметы. Посещала спортивные кружки. Закончила 10 классов. Росла умеренно общительной, имела одну близкую подругу. После окончания 10 классов поступила в кулинарное училище, переехав в г. Набережные Челны. Училище закончила с отличием, после чего ее оставили работать в нем мастером. Из производственной характеристики известно, что за время работы показала себя высококвалифицированным специалистом, умеющим привить учащимся навыки самостоятельного труда и любовь к избранной профессии. Важнейшим условием ее педагогической деятельности, согласно характеристике, был тщательный отбор учебных средств и методов обучения. Уроки производственного обучения были направлены на развитие у учащихся технического, технологического и экономического мышления. Руководство отмечало, что преподаватель была в постоянном творческом поиске. Систематически занималась самообразованием, изучала специальную, педагогическую и методическую литературу. Разработала деловые и дидактические игры. Большое внимание уделяла развитию у учащихся творческого начала, художественного вкуса и формированию прочных навыков и умений. Мастер высокой профессиональной компетентности, она старалась полностью реализовать себя. За успехи в труде была награждена в 1985 г. значком «Отличник профтехобразования», в 1998г. ей присвоили звание «Заслуженный учитель школы РТ». Поступила на заочное отделение в техникум советской торговли. Замуж вышла в 25 лет. 4 беременности, 2 родов, 2 медицинских аборта. На момент появления в поле зрения психиатрической службы

имела 2 детей: 17 лет и 21 года. Дети проживали вместе с матерью. Семейная жизнь сложилась в первые годы нормально. Семья распалась за

1,5 года до первого психиатрического освидетельствования в связи с развитием настоящего заболевания. Спиртные напитки употребляла «как все по праздникам», злоупотребление отрицала. В 1995 г. лечилась в отделении неврозов психотерапевтом городской больницы, но на официальный запрос администрация больницы ответила, что больной с такими данными в 1995—1997 гг. не зафиксировано. Считала себя больной, заразившейся вирусным гепатитом С с момента оперативного вмешательства в 1998 г. Из истории болезни психоневрологического диспансера г. Набережные Челны мы узнаем, что находилась на стационарном лечении с 08.10.02 г. по 06.12.02 г. с диагнозом: шизофрения параноидная, приступообразно-прогредиентное течение, аффективно-бредовый синдром. Было зафиксировано, что наследственность отягощена: сестра больна шизофренией, наблюдается в психиатрическом учреждении. С. И. около 7 лет назад прошла курс лечения у психотерапевта по поводу какого-то «неврозоподобного состояния» и снижения настроения. Долгое время страдала желудочно-кишечными заболеваниями, после приступа желчной колики была прооперирована в октябре 1998 г. в БСМП, где сразу после операции у нее поднялась температура и держалась все дни, несмотря на проводимое лечение. Выписалась с субфебрильной температурой. В декабре месяце этого же года ей сообщили, что у нее обнаружили вирусный гепатит (наличие вирусного гепатита С действительно подтверждалось и подтверждено последним обследованием от 11.10.2002 г. — «положительный анти-ВГС»), Стала упорно искать причину этого, появилась подозрительность, стала упрекать детей в том, что они ничего не замечают и за это, видимо, им заплатили деньги (последнее со слов дочери). Проходила лечение в инфекционной больнице в марте 1998 г. без улучшения (со слов больной, даже наблюдала ухудшение состояния). Обвиняла врачей БСМП в том, что ее якобы намеренно заразили гепатитом.

(Итак, в дебюте заболевания мы отмечаем формирование паранойяльного интерпретативного ипохондрического бреда - бреда заражения.)

Была также консультирована профессорами Фазыловым, Яналеевой, профессором Йельского университета США, в Казани на кафедре инфекционных болезней, которые подтвердили диагноз хронического гепатита. Со слов дочери, не найдя понимания у родных, уехала к матери в Нижегородскую область около 2,5 лет назад, где с больной случился «психоз», во время которого она топором убила свою мать. Началось следствие, но суда не было (со слов больной, находилась в КПЗ в течение 3 нед., в СИЗО — 3,5 мес.). Затем она была отпущена (?) под ответственность мужа «на поруки». Вернувшись в Набережные Челны, сохранялись соматические жалобы, а именно — сильный зуд по всему телу, не спала ночами, не работала. Муж ушел от больной за год до начала психиатрического лечения. Последнее время торговала на рынке. Проживала в квартире с детьми. Попала под наблюдение психиатров после того, как Управление здравоохранения направило в ПНД письмо С. И., адресованное премьер-министру РФ М. М. Касьянову. В связи с весьма вероятным наличием у автора письма бредовых расстройств письмо было рассмотрено, выявлены высказывания нелепого содержания («он все мысли знает», «общаясь с ним, чувствовала какую-то неземную связь их с мужем», «мои кости, позвоночный столб жаты», «инфекционист ощущается овсом» и т.п.), вынесено заключение о необходимости недобровольного психиатрического освидетельствования. Суд заявление удовлетворил, больная некоторое время наблюдалась участковым психиатром с диагнозом шизофрения параноидная, принимала лечение, но высказывала сомнения целесообразности этого, ссылаясь на заболевание гепатитом. На протяжении года дважды психоневрологический диспансер направлял официальные запросы в Нижегородскую область, в управление внутренних дел района и районную прокуратуру, для подтверждения факта совершения ею тяжелого правонарушения. Ответов не было.

08.10.02 г. была доставлена машиной скорой помощи в связи с изменившимся состоянием: в день поступления стала кричать на дочь и упрекать ее в бездействии, была возбуждена, что побудило дочь вызвать «03». В последнее время, со слов дочери, больная угрожала самоубийством и тем, что перельет свою кровь им. При поступлении оказала бурное сопротивление на попытку осмотра, кричала: «...хотите меня усыпить и кровь перелить»... Пришла на беседу в сопровождении медсестры, села на предложенный стул. Внешне опрятна. Сознание не помрачено. Поза несколько зажата, руки скрещены на груди, но в процессе беседы больная свободно меняет позы. Двигательно спокойна. Походка свободная. Выражение лица спокойное, но в ходе беседы быстро становится напряженным, злобным, аффективно заряженным. Взгляд насмешливо-ненавидящий. Легко раздражается. При упоминании в разговоре эпизода, т.е. «психоза», вдруг закрыла лицо руками, нагнулась, зарыдала. К беседе особо не расположена, объясняет «вы все ведь знаете больше меня», «какие мои

мысли — говорить не хочу!». Речь умеренной громкости, модулированная, эмоционально окрашена, без нарушений артикуляции, словарный запас достаточный. Более того, хорошо оперирует медицинской терминологией, знаниями лекарственных препаратов. Темп речи не изменен, речь связанная. Мышление по существу задаваемых вопросов. Очень подробно, до дней, рассказывает все, что связано с ее заболеванием, активно высказывает недовольство врачами, фиксируется на своих болезненных переживаниях и жалобах, говорит, что у нее «в крови и везде слизь: в носоглотке, в половых органах». В процессе разговора может перебить врача, интонация повышается, диалог перерастает в монолог — обвинительную речь. Заявила в итоге: «И вообще вы сейчас стараетесь доказать, что мой психоз был следствием хронического психического заболевания, а я утверждаю, что это результат интоксикации!» В конце концов разговор пришлось прекратить, так как больная была крайне возбуждена... Получала лечение среднесуточными дозами галоперидола, азалептина, амитриптилина, флюанксола. На фоне лечения состояние несколько улучшилось. Напряжение спало. Настроение выровнялось, аффективной заряженности нет. Беседовала охотно, свободно вступала в контакт. Внимание привлекалось и удерживалось. Беспокоилась о детях, работе, заработке. Зуд продолжал беспокоить, но следов расчесов не отмечено. Сон достаточный. Аппетит в норме. Была выписана в стационар на дому.

В марте 2003 г. в адрес главного врача ПНД поступило одновременно несколько заявлений: от дочерей С.И., мужа, родственников и соседей. Дети писали, что у их матери нет психического заболевания, она страдает вирусным гепатитом, который и есть всему виной. Они соглашались с тем, что она перенесла острый психоз, в период которого убила свою мать, но причиной этого психоза как раз считают гепатит. Ее состояние в октябре 2002 г., в результате которого она попала в стационар, дочери объясняют не психическим заболеванием, а приемом биодобавок. То же самое излагает и муж больной, он просит врачей о прекращении наблюдения психиатрами, требует перестать травмировать жену воспоминаниями «трагедии, причиной которой был гепатит». Муж сообщает, что в течение трех лет он ощущал «ее горячее тело, озноб, пот и зуд, от которого она не находит места», что считает проявлениями гепатита, а не психического заболевания.

Из материалов уголовного дела известно, что 2 апреля 2001 г. С. И. в селе И. П-го района Нижегородской области нанесла несколько ударов топором своей матери, которая от полученных повреждений скончалась. В ходе следствия установлено, что до совершения преступления и после него в поведении наблюдались странности, дающие основание полагать, что обвиняемая страдает психическим заболеванием. Из протокола явки с повинной известно, что в течение 2,5 лет росли раздраженность и напряжение. И у больной, и у матери возникло недоверие, из-за чего — понять невозможно. Но это раздражение усиливалось. Отношения становились нетерпимыми... В день убийства, утром по-доброму сели есть, разговор шел о каком-то непонятном наследстве. О том, что С. И. должна жить в И-ске. Она спросила у матери: «Что — одна что ли и как долго?» Мать ответила: «Ну почему одна, а уже долго или нет, решай сама». Этот разговор постепенно перерос в скандал. Просила мать сказать, что это «за мистика такая, почему происходит очень много странного». Она не объясняла, только говорила, чтобы дочь вела себя спокойнее, не плакала. И когда просила что-то рассказать, мать раздражалась и кричала, и дочь соответственно тоже переходила на крик. Это было весь день... Несколько раз уходила и возвращалась, потому что не могла уйти. Была в возбужденном состоянии. Ей казалось, что мать колдунья, так как ранее она никогда себя так не вела. Она добрая и мудрая мать и бабушка. Испытуемая ее любила, ей казалось, всех больше. Но «эта любовь переросла в день убийства в жестокость, такую, какую она не испытывала никогда». Проходя по улицам села, слышала внутри головы «голоса», обвиняющие ее мать, комментирующие ее собственные действия и мысли. Обвиняемая в очередной раз вернулась, попросила пить и стала спрашивать о манипуляциях с ключом, которым мать закрывалась от нее. Мать забрала ключ, а С.И. стала его отнимать, мать сдернула с нее плащ через голову. Не могла отобрать у матери ключ, потом сумку, потом шарф. Просила отдать, мать не отдавала, спрашивала, зачем ей все это. Та не объясняла и не отдавала. Даже боролась. Тут откуда-то взялся топор. Схватила его и стала наносить удары топором жестоко, без жалости. У нее «не дрогнул ни один нерв». Это было уже в задней избе. Что с ней было, ничего объяснить не может. Прибрала, тело перенесла в переднюю избу. Ощутила, что совершила страшную, самую страшную вещь в жизни. «Но что сделано, то сделано». Легла на диван и незаметно уснула, так как две ночи не спала. До этого в 12 ч ушла, чтобы увидеть тех, кто ей дорог и кому дорога, видимо, тоже. А потом явилась в милицию.

(Итак, в уголовном деле мы читаем описание типичного психотического приступа, клинически квалифицируемого как острый чувственный бред колдовства и преследования, с психопродуктивным механизмом совершения тяжкого уголовного правонарушения.)

Со слов мужа известно, что до заболевания гепатитом никаких странностей в поведении жены не было. В связи с ее болезнью он ездил с ней в разные города России на обследование, она лежала в больнице в г. Арзамасе. Стала очень раздражительной, мнительной, стала говорить постоянно, что у нее цирроз печени, ей осталось немного жить, и она умрет. Такое поведение жены отметил с середины 1999 г. Но никаких, по мнению мужа, бредовых идей не высказывала, и он считает, что она «соображала нормально». В своей болезни она стала подозревать всех окружающих ее людей, говорила, что ее травят, врачи хотят свести ее в могилу, ионе ними тоже заодно. Он считает, что на этой почве его жена стала психически нездоровой. Из постановления об изменении меры пресечения от

03.07.1 г. известно, что к моменту составления данного постановления исследование обстоятельств дела закончено, место нахождения С. И. и ее место жительства установлено и нет необходимости в дальнейшем содержании обвиняемой под стражей, а явка С. И. к следователю и в суд может быть обеспечена личным поручительством ее мужа и гражданки П. о надлежащем поведении и своевременной явке обвиняемой по вызову следователя и суда. Суд постановил меру пресечения в виде заключения под стражу, примененную в отношении обвиняемой 5марта 1955 г. р., ранее несудимой, изменить на личное поручительство мужа и П., о чем было объявлено обвиняемой и ее поручителям. После выписки из стационара, с 06.12.02 г. до 16.01.03 г. проходила курс лечения в «стационаре на дому», являлась точно в срок по вызову врачей, принимала поддерживающую терапию нейрорептиками. С 10.03.03 г. вновь приглашена к участковому врачу и согласилась на проведение лечения в условиях «стационара на дому», которое проводилось до 10.05.03 г.

Во время проведения судебного заседания дочь подэкспертной сообщила суду, что «ее мать прошла курс лечения, ведет себя адекватно, никаких отклонений в поведении она не наблюдает, ее мать в настоящее время работает». Судом была назначена дополнительная экспертиза в связи с изменением психического состояния испытуемой и для решения вопроса о целесообразности проведения принудительного лечения. Из записи амбулаторной карты от 10.07.03 г. следует, что испытуемая самостоятельно пришла на прием, чтобы получить инъекцию галоперидола-депо. Сообщала врачу, что самостоятельно ездит в Москву за товаром, торгует на рынке. В психическом статусе отмечались отсутствие проявлений какой-либо активной психотической симптоматики, эмоциональное снижение, отсутствие критики к своим переживаниям. На освидетельствование АСПЭ явилась самостоятельно, добровольно. Психическое состояние на момент проведения АСПЭ: в ясном сознании, правильно называет себя, место своего пребывания, дату. Знает, что приглашена на заседание комиссии для решения вопроса о виде лечения, которое должно быть назначено судом. Сообщает, что по-прежнему считает себя больной гепатитом, признаки чего видит в зуде кожных покровов. Но при этом говорит, что стала чувствовать себя получше, температуры уже нет. Сожалеет о случившемся, просит как можно реже напоминать ей об этом. Соглашается, что в момент совершения противоправного деяния находилась в состоянии глубокого нарушения психического здоровья, что была больна каким-то психозом или заболеванием. Сама активно не высказывает мыслей, что была заражена в больнице гепатитом, но на вопрос эксперта об этом отвечает утвердительно, хотя и вяло, нехотя. Эмоционально несколько однообразна, пассивна. Просит оставить ее дома, в больницу не определять, так как она, по ее словам, аккуратно выполняет все рекомендации и назначения врача.

Учитывая данные анамнеза, материалы уголовного дела, протокол судебного заседания, психическое состояние на момент данного освидетельствования, комиссия пришла к заключению, что С.И. страдает хроническим психическим расстройством, параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным течением, непрерывно текущим параноидальным бредом ипохондрического содержания, с несколькими приступами психотических состояний иной структуры. В частности, на момент совершения противоправного деяния у нее отмечался психотический приступ с быстрым формированием острого чувственного бреда колдовства, преследования, с синдромом Фреголи, наплывом вербальных псевдогаллюцинаций, на фоне чего и произошло правонарушение.

Учитывая появление частичной критики к психотическому состоянию, имевшему место на момент совершения ею противоправного деяния, понимание ею болезненного происхождения переживаний, приведших ее к совершению убийства матери, глубокого и искреннего сожаления о случившемся, имеющиеся на момент проведения АСПЭ непрерывно текущие психопатологические расстройства давали основания говорить о неполной ремиссии в течении хронического заболевания. Выраженность систематизированного интерпретативного бреда заражения на момент проведения освидетельствования была такова, что не требовала проведения стационарного принудительного лечения. При вынесении рекомендации о характере терапии

комиссия исходила из констатации того, что испытуемая уже прошла курс лечения в психиатрическом стационаре вне связи с имевшим место правонарушением, затем дважды в «стационаре на дому», добровольно являлась на прием к участковому врачу, получая при этом нейролептические препараты пролонгированного действия, а также дважды и на освидетельствование при проведении комиссии АСПЭ. На момент проведения АСПЭ продолжался следующий плановый курс лечения в амбулаторных условиях. Комиссия учитывала и появление частичной критики к перенесенному острому психотическому эпизоду, и факт терапевтического сотрудничества с представителями психиатрической службы. В соответствии со ст. 99 п. 1а УК РФ, ст. 101 п. 1 УК РФ комиссия рекомендовала проведение амбулаторного принудительного лечения у врача-психиатра. Суд согласился с рекомендацией комиссии АСПЭ. Нам осталось прочитать последние листы в амбулаторной истории болезни. В соответствии с решением суда, С.И. находилась на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра с 19.02.04 г. до 12.08.04 г. Затем суд выносит решение об отмене принудительного наблюдения и лечения, и комиссия врачей-психиатров переводит ее в группу амбулаторного добровольного наблюдения. К ежемесячным посещениям психиатром больная относится негативно, как, впрочем, и ее дочери. Два последующих года дневники повторяют одно и то же. Вот последняя запись от 08.07.06 г.

«Самостоятельно пришла на контрольную явку. Жалоб не предъявляет. Продолжает работать на рынке. Сон достаточен. Настроение ровное. Аппетит и физиологические отправления в норме. В семье отношения спокойные, хорошие. Опрятна. Выглядит эффектно, пользуется косметикой. Двигательно упорядочена. Отвечает по существу. Мышление последовательное, обычного темпа. Эмоционально холодна. Острой психопродуктивной симптоматики не выявляется. Критики нет».

Как видим, в стандартных и формальных дневниках ничего нет о главном психическом нарушении — систематизированном бреде. Последнее упоминание о нем мы находим в дневнике от 17.02.05 г., где одной фразой подтверждается: «...бредовая симптоматика по поводу гепатита сохраняется». Подводя итог о судьбе этой сложной и общественно-опасной больной, мы должны констатировать, что своеобразной особенностью критики к перенесенному острому эпизоду, в ходе которого С.И. совершила убийство матери, является, с одной стороны, понимание болезненности имевшихся на тот момент переживаний, но, с другой стороны, — объяснение их происхождения наличием гепатита С, т.е. вплетение самого психотического эпизода в ткань непрерывно-текущего систематизированного паранойяльного бреда. Как маска артиста древнегреческого театра, одна сторона которой улыбается, а другая печалится, так и критика со стороны измененной болезнью личности была адекватной на содержание острого приступа и абсолютно неадекватной, как только эта личность начинала оценивать содержание непрерывно текущего бреда. Для онтологически измененного бредового статуса больной приступ — чужеродный элемент, не вписывающийся в ее иное, инобытийное существование и сознание, и она тут же навешивает на него ярлык психоза, сумасшествия, причина которого, по ее мнению, заражение гепатитом С, т.е. основное содержание систематизированного бреда, полностью формально совпадающее по содержанию с имеющейся реальностью. Удивительным является и то, что почти все родственники и близкие больной рассуждали точно так же. Это не было индуцированным бредом, это были оценки так называемого «обыденного сознания», для которого вполне понятным был психоз, вызвавший тяжкое правонарушение, но согласиться с врачами, что в течение нескольких лет развивался систематизированный бред заражения инфекционным заболеванием, сочетающийся с наличием в действительности этого самого заболевания, они никак не могли.

Случай 9. Шизофрения приступообразная с эротоманией и редуцированием ОКП

Приступообразная (рекуррентная) шизофрения

В первой части — общей психопатологии — мы приводили случай острого чувственного эротического бреда у юноши-одинадцатиклассника. Продолжим знакомство с тем молодым человеком. Проанализируем данный случай как пример нозологической единицы, а именно — приступообразной (рекуррентной) шизофрении. Этот

вид заболевания встречается нечасто. Развернутые онейроидно-кататонические приступы (ОКП) последние десять-пятнадцать лет вообще в нашем стационаре не регистрировались. Как правило, приступ обрывается на 2-3 этапе развертывания ОКП. Подразумевается, что, кроме бурно возникающей психопродуктивной симптоматики, после купирования приступа, психиатры отмечают хорошую полноценную ремиссию (интермиссию) с социальной адаптацией, сохранением трудоспособности, положительной социальной динамикой личности. Могут встречаться незначительные проявления мягкого дефекта, чаще в виде астено-невротической симптоматики или ремиссии типа «гиперсоциальности», когда пациент после перенесенного психоза становится, по словам родственников, или «лучше, чем был до болезни», или стенично-активным гражданином. Для рекуррентной шизофрении, при мягкости и общей «благоприятности» течения психоза, характерна, как правило, серьезная генетическая отягощенность эндогенными заболеваниями с массивным аффективным радикалом, суицидами, преобладанием острых чувственных форм бреда над интерпретативными.

Случай 9. Шизофрения приступообразная с эротоманией и редуцированием ОКП

С. М.В., 1988г. рождения.

Анамнез (со слов родителей): известно, что родился он в г. Набережные Челны в полной семье, третьим ребенком по счету. Имеет двух старших сестер. Наследственность отягощена со стороны матери: родной брат матери покончил жизнь самоубийством в возрасте 21 года. Тетка по линии матери тоже покончила жизнь самоубийством, у другой тетки сын «был странным».

(Итак, обращает на себя внимание прежде всего массивная наследственная отягощенность целыми тремя случаями фенотипически проявившегося заболевания.)

Ребенок родился в срок. С детства рос «не такой, как все». Уже в детском саду отмечались перепады настроения. В школу пошел с семи лет, учился удовлетворительно, но без особого желания и интереса. В начальных классах был общительным, имел несколько друзей. Затем стал более одиноким, отошел от своих товарищей. Последние годы говорил, что друзей в нем привлекали только материальное благополучие, возможность игры на компьютере. Последние год-два одинок. Это стало особенно заметно при переводе из одной школы в другую. Около года назад стал заниматься в модельной студии, был интерес. Последнее время это тоже перестало интересовать. За год до поступления в стационар мать и отец стали замечать, что мог не разговаривать, вообще был молчалив с родителями, мог сказать матери, что с ней не о чем говорить: «Ты все равно не начитанная, как я». В БСМП взял с собой книгу З. Фрейда. После операции по поводу варикоцеле сказал, что и в строении тела он оказался не таким как все, так как долго искали вену. Постоянно твердил, что он хочет быть как Менсон, как певец из группы «Рамштайн». После многократных просьб мог вынести мусор, прибрать в своей комнате, часто на простые просьбы озлоблялся, мог сказать отцу: «Да пошел ты». Был груб с матерью. Воспитанием занималась в основном мать, отец авторитетом не пользовался.

(Если считать все перечисленные «странности» только преморбидом, то мы должны отметить постепенное нарастание шизоидного компонента в структуре личности нашего больного, появление отдельных психопатоподобных всплесков.)

Состояние изменилось остро с 17 февраля 2005г., когда был выписан из БСМП, где перенес операцию по поводу варикоцеле. После выписки позвонил знакомой девушке, пригласил ее в кино, она ему отказала. Сходил в кино один. По после этого бродил по квартире задумчивый. Сказал матери, что не дожидаться им снохи красивой и высокой, а будет у них сноха маленькая и толстенькая. Затем сидел один в комнате, выгонял родителей, если те пытались к нему зайти, говорил им: «Кыш». Написал на клочке бумаги «Как выйти из бедности» и пытался спрятать эту записку под крышку наручных часов. Отцу объяснял, что это так надо по Фрейду. В выходные дни перестал говорить с родителями, только кивал головой. Со слов учительницы, в школе отвечал учителю, но отходил от нее, «шараялся», дома не говорил вообще. Пишу принимал. Во вторник перестал разговаривать и в школе. Это обеспокоило учителей, вызвали «скорую», привезли в ПНД. Позднее в ходе лечения в стационаре объяснял, что в первый день болезни ему показалось, будто классный руководитель не так, как обычно, вела себя с ним. Она подсела к нему, была ласкова, пыталась говорить с ним, и ему показалось, что она его «хочет». Через пару дней появилась тревога, учителя вели себя по отношению к нему странно. Классная снова была ласковая, учительница физики на уроке сказала ему: «Подойдешь после уроков, я тебе дам все!» Решил, что она

имеет в виду сексуальный контакт. По взгляду учительницы химии понял, что она его «хочет». Учительница иностранного языка, увидев, что он пишет

карандашом, предложила ему ручку с таким видом, что была просто сексуально возбуждена. Понял, что все учителя сексуально возбуждены и «хотят» его. На следующий день, когда его, молчащего, привели к директору, директриса предложила стакан воды и таблетку аспирина. Тут же понял, что она взамен желает, чтобы он ее «поимел». Скорой был доставлен в ПНД.

(Итак, мы встретились с редким случаем острого чувственного бреда, эротического по содержанию, наполнившего картину первого острого приступа эндогенного заболевания. Все компоненты чувственного бреда налицо: элементы растерянности, аффект недоумения, тревога, трактовка событий, реально происходящих в жизни сиюминутно, тут же с продуцированием суждений и умозаключений, тематически связанных основной мыслью, идеей, в данном случае эротической направленности всего поведения окружающих его людей. Мы пока еще не знаем, как потечет болезнь дальше.)

Госпитализирован с подозрением на эндогенное заболевание. Был осмотрен КЭК, выставлен диагноз острого полиморфного психотического расстройства. При поступлении отмечался мутизм, не отвечал на вопросы, сидел с опущенной головой, пассивно подчиняясь, приходил в столовую, ел, отворачивался, когда врач протягивал руку. В последующие дни пребывания в стационаре был безучастен, самостоятельно пищу не принимал. Через неделю после начала лечения согласился побеседовать с врачом и сообщил ему о домогательствах со стороны учителей. Высказывал опасения по поводу обследования головного мозга, так как его могут облучить. При обследовании: ЭхоЭС — смещений срединных структур мозга не выявлено, третий желудочек не расширен. На ЭЭГ определяются средней степени общемозговые изменения в виде дезорганизации мозговой ритмики. ЯМРТ — срединные структуры мозга не смещены. Желудочковая система не расширена, не деформирована. Ретроцеребральная арахноидальная киста слева 3,1x1x2,7 см. Других очаговых изменений в веществе мозга не определяется.

Через три недели психопродуктивная симптоматика была полностью купирована. Прошел курс лечения и был выписан в состоянии ремиссии 19.04.05 г. с рекомендациями продолжения лечения в амбулаторных условиях. После выписки из мужского отделения М.С. закончил школу, поступил в ВУЗ, где успешно учился на «отлично» и «хорошо». На фоне регулярного приема атипичного антипсихотика оланзапина психическое состояние пациента оставалось стабильным, был упорядочен, достаточно активен, отмечался ровный фон настроения, но со слов родителей после перенесенного приступа появилась легкая эмоциональная индифферентность, уменьшилась эмоциональная отзывчивость. В соматическом плане отмечалась незначительная прибавка в массе тела (10 кг в течение года), не требующая, с учетом предыдущего дефицита массы тела, медикаментозной коррекции.

С апреля 2006 г. прием оланзапина был прекращен. Обращались на консультацию к психиатру 18 апреля, когда уже в течение месяца был без препаратов. Состояние стабильное. Для поддерживающей терапии был рекомендован эглонил, но начать его прием не успел, так как в течение последних двух дней замкнулся, изменился в поведении, родителям стал твердить одну и ту же фразу: «А ты точно уверен в этом». В день повторного поступления в стационар пошел в институт, где начал развиваться эпизод с психотическим кататоническим синдромом, с мутизмом. Мать сама доставила сына при помощи посторонних лиц в ПНД. При поступлении температура тела повышена до 37,5 °С. В приемном покое произносил отдельные слова, подписал согласие на лечение и госпитализацию, но больше говорить не стал, от приема пищи в отделении отказался.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Высокого роста, умеренного питания. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые от сыпи, физиологической окраски, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Температура 37,5 °С. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезнен, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме. Неврологический статус: со стороны ЧМН патологии не выявляется. Менингеальные знаки отрицательны. Сухожильные рефлексы симметричные с обеих сторон, живые, патологические не выявлены. Тонус мышц достаточный. Объем движений полный. Чувствительность не нарушена. Интенционного тремора при пальценосовой пробе не выявляет. В позе Ромберга устойчив. Очаговой неврологической симптоматики не выявляет. Данные обследования: общий анализ крови (21.04.06 г.): СОЭ 3 мм/ч, лейкоциты 18,8у: iff, НЬ 152 г/л, кровь на сахар 4,8 ммоль/г; общий анализ мочи (21.04.06 г.): светло-желтая, прозрачная, удельный вес 1024, белка и глюкозы нет, эпителий 1—2 в поле зрения, лейкоциты 2—3 в поле зрения. Анализы крови на RWи ВИЧ (26.04.06 г.) и на маркеры вирусных гепатитов

(25.04.06 г.) отрицательные; ФЛГ (15.06.06 г.): сердце и легкие без патологии. Терапевт (22.04.06 г.): симптоматическая гипертония. Гипертермия. Невролог (03.05.06г.): очаговой неврологической патологии не выявлено. ЭКГ (31.05.06 г.): синусовая **брадикардия**, ЧСС 42 удара в минуту. ЭОС расположено нормально.

Психический статус: на момент осмотра лежит в однообразной позе, вытянут, руки по швам, глаза закрыты, но ресницы часто и мелко мигают. На попытку поговорить молчит, еще плотнее сжимает губы. При попытке насильно открыть глаза сначала зажимается, затем «уводит» глазные яблоки вверх. При попытке взять его за руку руку не дает, оказывает активное сопротивление. С постели не встает. Не произнес ни одного слова, от еды и питья воды отказывается. Критики к своему состоянию нет. О степени ясности сознания судить сложно, но с учетом сохранной рефлекторной сферы признаков коматозного состояния не определяется.

(В приемном покое, а затем на койке в первые дни пребывания в отделении мы видим больного с приступообразно возникшей картиной острой кататонии, а именно ступорозным состоянием, мутизмом, отказом от пищи. Какая это кататония — люцидная, чистая, или с элементами помрачения сознания?)

В течение последующих дней температура поднялась до 37,8 °С. Тонус верхних конечностей повышен. Продолжал сопротивляться попыткам разгибания рук. На 3-и сутки пребывания в отделении оставался в ступоре. Ноги согнуты в коленях. Глаза не открывает. Контакт недоступен. Рот обложен бело-желтым налетом. Отказывался от приема пищи. На протяжении 2 дней отмечалась задержка мочи с последующей катетеризацией. 11 мая состояние улучшилось, явления кататонического синдрома частично купировались, но после кратковременного домашнего отпуска состояние вновь ухудшилось — перестал разговаривать, появились напряженность и негативизм. Через десять дней состояние постепенно начало улучшаться, на протяжении двух недель отмечались аффективная лабильность, астенизация, и к концу июня была достигнута терапевтическая ремиссия. За время пребывания в стационаре пациент получил курс активной психотерапии. На фоне проводимой терапии купировались кататонические проявления, упорядочилось поведение, нормализовался фон настроения, стал инициативным в плане проведения лечения, внимательно выслушивал схемы лечения, переспрашивал, уточнял. Последние дни нахождения на лечении был на режиме дневного стационара. Лечение принимал регулярно, отделение посещал аккуратно. После выхода из психотического состояния, спустя полтора месяца рассказал, что испытывал в состоянии, которое им самим было названо: «Без сознания». За несколько дней до госпитализации, после длительных раздумий, проанализировав свою жизнь, свое состояние и «окружающий мир», понял, что миром управляет «тринадцатый фактор». При беседе объяснял это таким образом. Имеется семь основных нот и пять вспомогательных, всего двенадцать. Имеется семь основных цветов и полутона, всего двенадцать, имеется двенадцать основных вкусовых ощущений во рту. Но во всех этих случаях есть еще один, по его разумению, — тринадцатый фактор, который по сути своей — «объемлющее нечто». Понял, что узнал нечто великое об устройстве мира и обладает большим знанием.

(Итак, в самом начале развертывания второго приступа заболевания довольно быстро формируется также острый чувственный бред, но уже с элементами пара-френизации. Если предположить, что динамика состояния должна происходить по алгоритму развития приступа онейроидной кататонии, мы должны были бы зафиксировать кроме кататонических стигм и элементы помрачения сознания.)

Придя в аудиторию, увидел, что к нему никто не обратился. Понял, что «все хотят отобрать у него тринадцатый фактор», и перестал сам общаться со студентами. Обнаружил, что родители стали «жесткими», особенно, когда повезли его. В этот момент ему казалось, что его могут увезти или в милицию, или в ПНД, перестал открывать глаза, боясь обнаружить истину. В первые дни пребывания в ПНД, находясь в состоянии «без сознания», ничего не видел, но все слышал — голоса сотрудников, которые между собой что-то обсуждали. Особенно интересными казались ему их «передвижки времени». Санитары, сидящие у его койки и говорящие между собой словами о текущем времени («Сколько время?» — спрашивал один санитар. «Двенадцать», — отвечал второй, тут же повторив, что нет, уже полвторого), тем самым они, по мнению нашего больного, перемещали время с огромной скоростью.

(Из этого рассказа следует, что диагноз помрачения сознания пациент ставит себе сам, называя свое состояние термином «без сознания». В рассказе фиксируются также замечательно описываемые редкие нарушения восприятия течения времени.)

С закрытыми глазами ощущал, как кто-то играл со светом, специально включая и выключая его. Двигая одной рукой, тут же ощущал, что его вторая рука по какой-то воле совершает такое же точно движение. После выписки

из стационара оформил академический отпуск, выполняя совет родителей, желая подработать комплектовщиком в одной частной фирме. При рассказе о своих переживаниях на высоте состояния «без сознания» отмечались проявления незначительно выраженного нейролептического синдрома. Был критичен к своим переживаниям, заболеванию, но о «тринадцатом факторе» говорил с нотками сомнения, как бы сожалел, что с этой идеей приходится расставаться.

Итак, с чем мы имеем дело в данном клиническом случае? Несомненно, перед нами два острых приступа эндогенного психического заболевания. Объединяет их вместе одноплановый характер самих приступов. В первом случае заболевание манифестирует, во втором происходит экацербация процесса одним и тем же феноменом — острым чувственным бредом. По содержанию бред разный, по механизмам возникновения идентичен. Бред возникает остро, в основе его - бред значения, когда каждое происходящее событие имеет особое значение, означает то-то и то-то. При первом приступе — это проявления якобы особого зротического отношения и намерения со стороны его преподавателей, во втором случае - это изменение поведения окружающих лиц, студентов, медицинских работников, изображающих, играющих какую-то роль, показывающих особое поведение, т.е. во втором случае — это бред интерметаморфоза. Особенность второго случая применительно к бреду — его начинающаяся парафренизация, обволакивание основной идеи «сопутствующей идейкой», имеющей зачатки масштабного бреда реформаторства и изобретательства. Он выдвигает гипотезу «тринадцатого фактора», «нечто объемлющее». Больной еще не развил свою идею, не именует «объемлющее нечто» верховной силой, управляющей миром, но подразумевает, судя по его же словам, именно это. Вторая особенность, объединяющая оба этих случая, — представленность в обоих приступах массивной кататонической симптоматики, имеющей при первой госпитализации характер отдельных кататонических симптомов, а во втором - развернутого кататонического ступора, сопровождавшегося в течение нескольких дней субфебрилитетом. О чем же это свидетельствует? Несомненно, имеется тенденция к возникновению острых эпизодов шизофрении с возрастанием от первого приступа ко второму доли кататонической симптоматики. Можно предположить, что при третьем приступе, если эта тенденция сохранится, мы будем свидетелями онейроидно-кататонического приступа, и возможно, с фебрилитетом.

Шизофрения в детском возрасте. Детская шизофрения, среднепрогредиентная

Шизофрения в детском возрасте

Организм ребенка бурно растет и развивается. Психическая жизнь находится в таком же динамическом процессе. Значит, на клиническую картину психического заболевания накладывается отпечаток роста. Ребенок — маленький человек в развитии, следовательно, и психическая жизнь — не завершена в развитии, так же как и психическая патология. Идет обмен «ударами». Болезнь наносит «удар» по процессу развития, и он видоизменяется — замедляется, деформируется или приостанавливается. Но и развитие наносит «удар» по клинической картине болезни, и она становится иной — незавершенной, отрывочной, парадоксально мозаичной. Рассмотрим примеры детской шизофрении со схожей симптоматикой, но с разным финалом. В сравнении легче будут восприниматься особенности детской шизофрении. Два других примера дадут представление о негативных проявлениях и прогредиентном течении процесса.

Случай 10. Детская шизофрения, среднепрогредиентная

Н. Олег, 1997г. рождения.

Поступил по направлению детского психиатра с жалобами (со слов мамы) на тревожность, боязнь темноты, ночные пробуждения со страхом. Боялся, что на улице задавит машина. Из анамнеза известно, что наследственность отягощена: дядя по линии отца находился под наблюдением у психиатра (со слов мамы). Родители являются членами секты «Свидетели Иеговы».

(Отмечаем существенную генетическую отягощенность.)

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с токсоплазмозом, на фоне анемии. Роды в срок, тяжелые, безводный период в течение 10 ч. По шкале Апгар 7—8 баллов. В диагнозе при выписке из роддома: ПП ЦНС, ХВУГ. На первом году наблюдался у невропатолога по поводу кривошеи, синдрома пирамидной недостаточности и внутричерепной гипертензии. В 6 мес. перенес бронхит, после чего отмечались РАП, проводилось лечение. Раннее развитие: в 2 мес. стал держать головку, в 11 мес. — ходить. Первые слова — к году, фразовая речь — к трем годам. В детский сад пошел в 2 года и 4 мес., адаптировался очень сложно. Воспитатели говорили маме, что ребенок «...заторможенный...», мог «...задумываться...», не обращая внимание на окружающую обстановку. С детства предпочитал играть в конструктор, собирал различные машины, порой придумывал для них какие-то новые функции. Около трех лет появилась боязнь цветов, растений. Мальчик ходил только по асфальту, если было необходимо пройти какой-то участок пути по траве, настаивал, чтобы его взяли на руки. Однажды у бабушки в гостях понял, что растительный орнамент есть на линолеуме, обоях, покрывале и т.д. Очень испугался, расплакался, стал беспокойным, затем нашел место, где часть линолеума была оторвана, встал туда, закрыл глаза, начал кричать, был напряженным, пока родители не увели его из квартиры.

(Заболевание манифестирует в 3-летнем возрасте с навязчивых страхов, сразу приобретших несколько вычурный необычный характер.)

Постепенно этот страх прошел. К моменту поступления боялся темноты, так как видел «... разные фантастики. Есть белый фантастик, это Нух..... они меня могут забрать в эту фантастику ...». Засыпал только со светом. За три месяца до поступления начал стесняться раздеваться перед родителями. С недавнего времени очень боялся попасть под машину, даже когда просто шел по тротуару. Любил, когда мама читала ему про планеты, космос.

Психический статус. Внешне опрятен. Выражение лица несколько экзальтированное, глаза блестят. Двигательная сфера необычна: ребенок активно жестикулирует, принимает порой театральные позы с вытянутой вперед рукой, может во время беседы расхаживать по кабинету.

(В психическом состоянии ребенка сразу же обращает на себя внимание необычная двигательная сфера — с элементами патетики и микрокататонической симптоматики.)

Внимание привлекается с трудом, крайне поверхностно, нужно по несколько раз задавать один и тот же вопрос, акцентировать его на сути, так как нередко сначала ответы мимо, затем, вникнув, отвечает. Многословен. Мышление расплывчатое, имеют место «соскальзывания», элементы обстоятельности. Характерны вычурные фразеологические обороты.

(Мы можем констатировать наличие качественных нарушений мышления, являющихся более типичными для больных более зрелого возраста.)

Дистанция со взрослыми несколько сокращена. Интеллект грубо не нарушен. Эмоционально неоднороден, временами парадоксален: спокойно прошел в отделение, оживленно беседуя с врачом, осмотрел все помещения, однако, увидев в игровой елку, насторожился, замкнулся, встревоженно спрашивал: «Ведь не будем Новый год устраивать?» В ходе расспросов выяснилось, что очень испугался, что его заставят отмечать Новый год, а в их семье этого не делается.

Психический статус во время пребывания в отделении. Внешне опрятен. Выражение лица спокойное. Мимические движения сдержанные. По приглашению прошел в кабинет, сел на предложенный стул. Поза непринужденная, периодически мальчик постукивает носком сандалии по полу. Внимание привлекается. В беседу ребенок вступает свободно, иногда, не удерживая должную дистанцию, переходит в разговор со взрослым на «ты». На вопрос о его страхах заявил: «Я боюсь темноточки...» Утверждал, что «... страх живет в сердце, а фантастики живут в мозге ...». Описывал «... белый фантастик ...» как «... треугольник с зубами...», который «...выходит из мозга, а потом исчезает в стене...»

(Происходит визуализация представлений, с возможным переходом в галлюцинаторные, а затем в псевдогаллюцинаторные расстройства.)

Рассказ ребенок сопровождает активной жестикуляцией, но «видения» не вызывают ужаса мальчика. Он утверждает, что видит их, но знает, что это кажется. В рассуждениях ребенка отмечаются аграмматизмы, некоторая расплывчатость наряду с тем, что словарный запас обширный и мальчику знакомы достаточно сложные термины. Употребляет вычурные выражения: «Я хочу дотронуться глазами до гирлянд на потолке...»,

«... чувствительная опасность попасть под машину...» Характерны отвлекаемость внимания и «уход» от вопроса. Эмоционально скуп, своеобразен: по просьбе прочитать стихотворение о маме (довольно лиричное) повторяет строки монотонным голосом, утверждает, что больше всех родственников любит «...Иегову...» Голосом, лишенным соответствующих модуляций, прочел, по его мнению, смешные стихи. В отделении увлекся шумными играми с идентификацией себя с животными: «...Я дядя-бабочка...» Игра может носить всепоглощающий характер. Общение с детьми складывается сложно, так как способность к установлению и поддержанию межличностных контактов ограничена.

При выписке. В состоянии ребенка отмечается положительная динамика: в поведении более сдержан, упорядочен. Страхи беспокоят гораздо меньше, ребенок стал спокойнее в сумерки, это отмечают и родители. Утверждает, что «фантастики» он не видит, по косвенным признакам можно судить о том же. Заключение логопеда: своеобразное развитие речи. Тоническое заикание легкой степени, ротацизм.

Заключение психолога: интеллект в развитии. Выявляется застревающий тип личности (на уровне акцентуации).

ЭЭГ: умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в сторону гиперсинхронизации мозговой ритмики. Гиперсинхронизация вырастает на фоне гипервентиляции. Очаговой активности не выявлено.

РЭГ: мозговой кровоток достаточный. Умеренная дистония артериальных сосудов. Реакция сосудов на нитроглицерин адекватна.

Общий анализ крови: СОЭ 5 мм/ч, лейкоциты 10×10^9 /л, Hb 128 г/л. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, плотность 1016. Белка нет. Плоский эпителий и лейкоциты — единичные в поле зрения.

Диагностирована шизофрения, детский тип. Непрерывное течение. Тревожно-фобический синдром.

Прошел курс лечения: феназепам 0,0005 по 1/4 таблетки 3 раза в день, rispoleпт по 0,3мл, 50% раствор глицерина 1 ч.л. 3 раза в день.

Детская шизофрения с навязчивостями, малопрогрессирующая

П. Юля, 1986 г. рождения.

Поступает повторно по направлению участкового психиатра с жалобами на страх, навязчивые мысли, привычки, ритуальные действия.

Из анамнеза: Наследственность отягощена. Двоюродная тетка по линии матери психически больна, но чем именно, мама ребенка не знает. Родилась от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок. Психомоторное развитие без особенностей. Организована с 1,5 лет; быстро, свободно адаптировалась в детском саду. Своим поведением родителей не беспокоила. Живет в полной благополучной семье, где есть и братик. Мама врач, отец архитектор. С раннего детства была очень привязана к матери, никогда с ней не разлучалась. По характеру мягкая, отзывчивая, мнительная, по любому поводу может заплакать. Сильно любит братика, так как родители допоздна заняты на работе, все свободное время проводит с ним. В школу пошла с 7 лет, учится очень хорошо, параллельно занимается в музыкальной школе. Родители заметили изменившееся состояние девочки за полгода до первой госпитализации, когда отправили ее отдыхать в лагерь. Девочка сильно сопротивлялась, плакала, просила оставить ее дома. С ее слов, перед отъездом стала мысленно прощаться со всеми вещами в доме, думала, что если не попрощается, больше никогда не вернется. В лагере пробыла всего неделю, настояла, чтобы родители забрали ее. Дома, перед тем как лечь спать, сначала садилась на кровать, потом вставала и снова садилась и только потом ложилась спать. Так продолжалось около

месяца, затем, со слов, «все прошло». Но через 6 мес. братика увезли в больницу, прооперировали по поводу аппендицита, после этого подумала, что если бы продолжала свои ритуалы, ничего бы не случилось. Стала ходить по дорожкам, два шага вперед, затем возвращалась, разворачивалась и затем шла домой. Между плитками на тротуаре наступала только правой ногой, если наступала левой, то заново проделывала весь свой

путь. На каникулы родители отправили детей отдохнуть к бабушке в г. Казань, обещали забрать через неделю, но приехали за ней через две, вновь появились повторные ритуалы. Родители, брат и она сама ассоциируются с цифрами: отец с цифрой 7. На вопрос «почему?» ответила, что она, выходя с его работы, семь раз обернулась. Мама ассоциируется с цифрой 9, так как 9 раз посмотрела на фотографию матери. Себя ассоциирует с цифрой 12, так как все случилось с нею в 12 лет. Постоянно присутствовал страх, что что-то случится, стала раздражительной. Со слов мамы, в последнее время стала мыться по 2,5—3 ч в ванной, говоря, что мыло не смывается с тела, тщательно терла себя щеткой. Выписана из отделения 22.11.99 г. с улучшением состояния. Самочувствие изменилось после Нового года, «после того как папа разбил окно во время скандала с мамой». Появился страх, навязчивый счет, когда вела братика в садик, увидела мертвую кошку, в это же время вела счет и остановилась на цифре 7, с тех пор эта цифра означает «смерть», папа ассоциировался с цифрой 8, но после скандала вообще никак не воспринимается, а цифра 8 означает пожар. Одевается, раздевается по несколько раз, не может выйти за порог школы, если остановилась на плохой цифре, возвращается обратно и ведет новый счет. Прошла курс лечения у психотерапевта, но значительного улучшения нет, рекомендовано лечение. 16.02.2000 г. поступает в детское отделение повторно.

Психический статус: сознание не помрачено. Ориентирована достаточно. Фон настроения снижен. В глазах слезы. Мимика бедная. Астенизирована, в беседе пассивна. Речь развита, говорит тихим голосом. Мышление последовательное, абстракции доступны, круг интересов разносторонний. Свои переживания не скрывает. Заинтересована в лечении. Говорит, что у нее «непреодолимый» страх, боится за свою семью, считает, что если она не выполнит эти ритуальные действия, то с кем-либо из членов семьи что-нибудь случится, говорит, что после лечения перестала это делать, и мама с папой вновь поругались. Тяготится своими навязчивостями. После курса лечения состояние улучшилось. Вскоре оставила обучение в музыкальной школе.

Из амбулаторной карты: 20.08.01 г. Дома мама девочки сообщает, что Юля успешно закончила 9 классов средней школы №10. После проведенного курса лечения в детском отделении ПНД состояние, по словам мамы, улучшилось. В настоящее время жалоб не предъявляет. Мама категорически отказывается от посещений ПНД. Просит не звонить и снять девочку с диспансерного наблюдения. Направлена на КЭК для решения вопроса о снятии с диспансерного наблюдения.

19.10.1 г. С учетом компенсации в состоянии, отсутствия психотических расстройств и настоятельной просьбы матери (девочка несовершеннолетняя) подлежит снятию с диспансерного (Д) наблюдения, рекомендовано контрольное (К) наблюдение по обращаемости.

P.S. Прошло шесть лет. При случайном разговоре по телефону удалось узнать, что Юля окончила школу, поступила в ФЭИ и учится на IV курсе института. Жалоб на здоровье у нее нет. С врачом разговаривала весьма прохладно, сухо, взвешивая каждую фразу. Интонациями, фразами недвусмысленно дала понять, что разговор ей неприятен.

Итак, подведем некоторые итоги. Мы встретились с двумя случаями детских психотических эпизодов, которые по-разному начинались, хотя и с похожей симптоматикой. По-разному протекали и с разной степенью прогрессивности купировались. В первом случае в раннем возрасте у ребенка с наследственной отягощенностью (а также с особенностями личности у родителей, ибо иеговисты, как правило, даже не будучи аномальными личностями, довольно своеобразны) появляются навязчиво-подобные страхи, довольно быстро перешедшие в визуализированные представления и, возможно, иллюзорно-галлюцинаторные переживания, составившие впоследствии вместе со «страхами» главное содержание психоза. «Страхи» не укладываются в понятие детских или навязчивых страхов и представляют аналог аффективного фона, сопровождающего галлюцинаторно-параноидные переживания у взрослых.

У мальчика быстро прогрессировали личностные негативные изменения, и его статус после нескольких эпизодов, по достижении 9 лет, можно охарактеризовать как статус инвалида с детства. У девочки заболевание манифестирует в препубертате, начинаясь с навязчивых страхов, психогенно спровоцированных, но затем видоизменившихся. Эти «страхи», «оторвавшись» от психогенной почвы, как воздушные шарик, выпущенные из рук детей, поднимаются и начинают собственное путешествие в пространстве жизни. Они со временем приобретают все более вычурный и «недетский» характер, становятся отвлеченноабстрактными и сопровождаются снижением аффективного фона. В отличие от первого больного, заболевание протекает мягко, и хотя сопровождается некоторыми потерями (уход из музыкальной школы), в целом не разрушило ровный ход жизни. Девочка окончила школу, поступила в вуз, т.е. в данном случае признаков инвалидизации врачи не наблюдали.

Хотя мы считаем и второй случай проявлением детской шизофрении, неслучайно в тексте пересказа истории болезни не обнаруживается диагностическое суждение. Врачи из так называемых реабилитационных соображений в истории болезни в качестве диагноза написали невроз навязчивых состояний, обговорив между собой, что лечение будет проводиться по законам более сурового «жанра». Наверное, они были правы, так как прогноз оказался благоприятным, и совсем не обязательно студентке иметь в своем архиве социально стигматизирующий диагноз. Хотя оба случая правомерно оценивать как проявления детской шизофрении, в первом из них мы имеем непрерывное и прогрессивное течение, во втором случае — вялое по прогрессивности и клиническим проявлениям, но приступообразное (эпизодическое) по длительности течения.

Детская шизофрения с аутизмом наизнанку. Случай 12

Детская шизофрения с аутизмом наизнанку

Больной Х. Анвар, 1985 г. рождения.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от первой нежелательной беременности, до 4 мес. мать пыталась избавиться от нее, принимала алкоголь, таблетки, ванны, использовала другие приемы. Несколько раз теряла сознание. После регистрации брака мать решила сохранить беременность. Психомоторное развитие ребенка в ранний период: очень спокойный, сидеть начал с 6 мес., ходить — в 1 год, говорить в 11—12 мес., фразовая речь в 2,5 года. Родители развелись, когда ребенку было 2,5 года. Развод родителей пережил тяжело, был беспокойным, постоянно бегал, порой без видимой причины и цели. В 1994 г. переехал вместе с бабушкой в г. Набережные Челны, родители остались в Казани, у каждого из них новая семья. Во время беседы часто высказывался о том, что хотел бы, чтобы родители жили вместе, и он с ними. На приглашение матери переехать к нему не отреагировал. Со слов деда, в отношениях с детьми и животными бывал очень груб, часто жесток. В возрасте 5 лет выбросил из окна высотного дома маленьких котят, затем показывал ребятам «как они себя ведут», протыкая их спицей.

Из беседы с бабушкой: задает много вопросов, не слушает ответы на них, может подолгу сидеть на одном месте, ничего не делая, любит беседовать на темы, смысла которых не понимает, — религии, любви, секса. Принес презерватив от соседей, расспрашивал бабушку о его предназначении, примерял его, убедившись в несоответствии, заявил: «Немного подрасту, и тогда...»

Психический статус: внешне опрятен, подвижен. Одежда чистая, хотя о сохранении ее в должном виде ребенок не заботится. Взгляд холодный, оценивающий, речь внятная, словарный запас обширен с избытком сложных оборотов, свойственных взрослой речи. Резко сокращено чувство дистанции, зайдя в кабинет ведет себя свободно, несмотря на присутствие врачей. Открывает шкафы, достает бумагу, садится только после настоятельной просьбы. Первым заводит разговор, расспрашивает, не слушает ответов, говорит сам, высказывает просьбы осмотреть его, побеседовать. «Вы спрашивайте, а я вам расскажу». В беседе демонстрирует обширный кругозор, хотя знания практически во всех областях очень поверхностны. Часто манипулирует словами, значение которых понимает мало или вовсе не понимает. На вопрос: как оказался здесь, отвечает: «Пришел сам подлечиться, стал непослушным». Негативные поступки объясняет: «Рассудок потерял». На вопрос, где находится рассудок, вскочил с дивана, всплеснув руками: «И откуда я это знаю? Я еще маленький, а не какой-либо там». Навязчив. Требуется к себе внимания. Находясь в отделении, стучится в дверь ординаторской, просит под любым предлогом, чтобы его осмотрели, придумывает различные недуги. Просит осмотреть его на «собрании». «Я им хочу что-то рассказать». При повторных беседах рассказывает те же анекдоты, те же истории, что и на прошлых беседах, с небольшими интерпретациями, выдавая их за новые. На просьбу улыбнуться, охотно демонстрирует механическую улыбку. В отделении с детьми груб, при появлении дежурного или главного врача сразу бросается навстречу, повисает на руках, требует выслушать его. Рассказывает консилиуму врачей небылицы о своих мнимых достижениях, заявляя, что легко может поднять мешки по пятьдесят килограмм, предлагая немедленно проверить себя.

По заключению психолога: повышен уровень невротизации, эгоцентризм, интеллект сохранный IQ « 100.

ЭхоЭГ: смещений средних структур мозга не выявлено.

Неврологический статус: без грубой очаговой симптоматики.

При анализе особенностей данного случая, вызвавшего большие диагностические трудности, явилась внешне сохраненная, формальная, излишне развитая доступность и контактность ребенка. Эмоциональное снижение, вычурность многих поведенческих актов, жестокость в отношении к животным и близким, псевдология и склонность к бесплодному рассуждению давали основания для подозрения и диагностики эндогенного процесса. Но «сверхдоступность» мальчика как бы нивелировала остальную симптоматику. Проведя тщательный анализ психического состояния, в том числе с использованием видеосъемок, врачи пришли к выводу о наличии регрессивной синтонности, или аутизма наизнанку, проявляющегося в отсутствии чувства дистанции, цинизме, обнаженной откровенности как одним из ведущих клинических признаков негативной симптоматики при шизофрении. Особенностью данного случая является редкость проявления данного синдрома у детей.

Случай 13. Детская шизофрения с элементами синдрома К-К, грубопрогредиентная

Л. Рустем, 1992 г. рождения.

Из анамнеза со слов матери, известно, что наследственность неотягощена. Родился от первой беременности, протекавшей без осложнений. Переходила 10 дней, роды со стимуляцией. Родовой период длился 10 ч, родила сына в асфиксии II степени с оценкой 4—5 баллов по шкале Апгар. Головку держал с 3 мес. Сидеть стал к 6 мес., первые шаги - к году, а говорить начал в год и месяц. До двух лет отмечалось ускоренное развитие. По достижении двух с половиной лет умел считать до десяти и обратно. В три года пошел в детский сад. Адаптация к детскому коллективу проходила очень тяжело. Был необщителен, крайне обособлен. После четырех лет воспитатели начали жаловаться, что отмечается задержка двигательных навыков. В 5 лет впервые обратились к психиатру, который диагностировал задержку психического развития. В первом и втором классах учился относительно нормально. В третьем классе усилилась обособленность, снизилась успеваемость. Со слов педагогов, прятался под парту, испытывал страх при встрече с собаками, кошками и сверстниками. Лечился у психиатра г. Бугульмы, консультировался детским психиатром г. Набережные Челны. С шестого класса появились медлительность, навязчивые слова, повторение предложений и вопросов собеседника. На вопрос матери или отца отвечал повторением самого вопроса. Наблюдались и повторяющиеся движения - крутил предметы, перелистывал по десятку раз страницы книг.

Из характеристики: при обучении в седьмом классе учитель русского языка отмечал, что материал Рустем запоминал только после длительного заучивания, но без наводящих вопросов справиться с заданиями не может. Во время урока продолжительностью более 10 мин начинает выкрикивать, говорить одни и те же фразы, не имеющие места в контексте данного разговора. Неадекватно реагирует на окружающую действительность. Временами появляется внезапная агрессия, быстро меняющаяся на безудержное веселье. Иногда во время занятий наблюдались необъяснимые постоянные движения пальцами рук, взмахи руками. В классе друзей не имел, ни с кем не общался.

Из другой характеристики следует, что на уроке не работает, сидит, отрешенный от всего. Вне урока поведение неадекватно, может идти по коридору и выкрикивать бессмысленные слова, чем вызывает смех у окружающих. Говорит бессвязные слова и беспричинно смеется. Постоянно пребывал в радостном настроении и говорил: «Мне радостно». При обучении учителю приходилось каждые 7—10 мин осуществлять смену занятий, так как мальчик «уходил» в мир своих переживаний. Впервые был госпитализирован в детское отделение ПНД г. Набережные Челны 13.06.06г.

Поступает впервые по направлению психиатра Бугульминской ЦРБ с жалобами со Шороны родителей на отставание в интеллектуальном развитии, неадекватное поведение, на то, что разговаривает сам с собой, выкрикивает разные слова. В настоящее время обучается на дому. С детьми почти не общается. В 2005г. был консультирован в РПБ, где поставили диагноз: последствия органического поражения головного мозга в форме интел- лектуально-мнестического снижения и неврозоподобного синдрома. В настоящее время принимает труксал и атаракс.

Психический статус: Сознание не помрачено, ориентирован достаточно. Внешне опрятен. Выражение лица недостаточно осмысленное, рот приоткрыт. Речевому контакту доступен. Интонация голоса своеобразная, несколько вычурная. На вопросы отвечает по существу, как правило, односложно. О своем частом мытье рук говорит, что моет только после улицы, так как они загрязняются. Запас знаний и представлений не велик. Внимание привлекается, удерживается неплохо. Мышление конкретно-функционального типа. Двигательно спокоен. Дистанция со взрослыми несколько снижена. За время госпитализации регулярно отмечалось навязчивое мытье рук и лица, много времени проводил возле умывальника. С детьми в отделении общался мало, больше наблюдал за ними со стороны. На фоне проводимого лечения заметной динамики не было. Диагностировано легкое когнитивное расстройство (F 06.7) и обсессивно-компульсивное расстройство (F42.1).

Психолог: Уровень интеллектуального развития соответствует зоне между нормой и легкой умственной отсталостью. Ригидная личность.

Логопед: Недоразвитие речи 3-го уровня.

Прошел курс лечения: 50% раствор глицерина по 1 дес. л. Зраза в день, труксал по 1 т.— 1т. — 1т. (препарат свой), атаракс по 1 таблетке Зраза в день (препарат свой), отсасывающий массаж волосистой поверхности головы и воротниковой зоны №10, ЛФК №10.

После курса лечения существенной положительной динамики не отмечалось. К декабрю состояние еще более ухудшилось. Был осмотрен на консилиуме с доцентом кафедры психиатрии КГМА 8 декабря 2006 г. Психическое состояние при осмотре: на беседу входит несколько неуклюжей походкой. Садится боком к залу и собеседникам и тут же начинает перебирать руками полы рубашки, свитера, затем поднимает ворот свитера и опускает, поглаживает руки одна о другую. Выражение лица несколько отстранённое. На вопросы отвечает механическим роботообразным голосом, рублеными однообразными фразами. При произношении слов интонация совершенно не меняется, независимо от содержания произносимой речи. Речь состоит из формальных, коротких фраз и ответов на вопросы, сопровождаемых мало изменяющейся мимикой. При этом на лице нередко появляется «приклеенная» улыбка, совершенно не соответствующая ходу разговора и тем ответам, которые дает пациент. На большинство вопросов отвечает со значительной паузой, при этом временами как бы не слышит вопроса, погружен в свои переживания и мысли, при настойчивом обращении и просьбе ответить повторяет вопрос врача, затем дает короткий, роботообразный ответ. Периодически пристально взглядывает в глаза врача, как бы пытаясь что-то понять. Сообщает, что считает себя здоровым, жалоб никаких нет, доставлен в больницу для того, чтобы побеседовать. Быстро ответил на просьбы осуществить арифметические действия и мгновенно умножил в уме в пределах ста. Также быстро вспомнил день рождения отца и свой собственный. После многократных повторений вопроса сообщает, что ранее видел в углу потолка в доме голову какого-то мальчика, она появилась «непроизвольно», как и прочие его «приятные сказки». Сообщает, что видит сказки и отдельные сюжеты где-то внутри, подробно об этих «сказках» не рассказывает, говорит об этих видениях и сказках абсолютно спокойно. Часто в ходе беседы стереотипно повторяет фразу, вопрос врача, свое прежнее высказывание. Приводит пример, что сейчас он видит «сказку» о Робинзоне, который путешествует по морю. Подробнее не смог раскрыть содержание повести о Робинзоне Крузе. Считает, что у него — «радостное настроение», при этом улыбается, сообщает, что радость испытывает от общения и беседы с врачами, но в глазах и мимике эта «радость» не отражается никак. На вопрос, чем отличается лампочка от солнца, говорит, что солнце горит ярче. «Лампочку можно отключить выключателем, а до солнца не достать, оно высоко на небе». На вопрос, чем отличается девочка от него, мальчика, сообщает, что у девочки есть косы. Изредка произносит короткие фразы, включающие слова и словесные обороты, не свойственные подростковому возрасту. Интерес к беседе не испытывает, отвечает на вопросы пассивно-формально, на предложение задать врачам вопросы промолчал и ни о чем не спросил.

Итак, пациент выявляет признаки грубого процессуального дефекта в виде эмоционального снижения, проявляющегося внешне в роботообразности, механистичности произнесения фраз и ответов на вопросы, застывшем выражении лица, полной незаинтересованности в беседе. Отмечается также аутизация личности, снижение продуктивности и целенаправленности мышления, его формальность, в поведении — проявления кататонического синдрома в виде стереотипных многообразных движений, стереотипий в речи. В отличие от навязчивых движений, не отмечается субъективной значимости данных нарушений, полностью отсутствует критическое отношение к ним, некоторые из этих движений носят вычурный характер, пациент не только не старается избавиться от них, но вообще никак не реагирует на их наличие. Наблюдаются

псевдогаллюцинаторные переживания, преимущественно зрительного характера, отличающиеся произвольностью возникновения, субъективным отношением к ним, как не к реально существующей действительности, а, в отличие от истинных галлюцинаций, как чему-то показываемому, демонстрируемому. Возможно наличие вербальных псевдогаллюцинаций, о чем можно косвенно судить по мимолетно брошенным пристальным взглядам пациента на собеседника, как прислушивающемуся к чему-то, происходящему внутри него, но связанному с собеседником. Имеют место элементы отрешенности и явной загруженности психопродуктивными расстройствами, о чем говорит все поведение пациента — паузы в речи и ответах на вопросы, погруженность взглядом внутрь себя, формальное присутствие и формальность в беседе, ответах и мышлении. С учетом анамнестических данных, сообщенных матерью и содержащихся в педагогических характеристиках, имеются основания диагностировать шизофрению, начавшуюся в детском возрасте, параноидную форму с неп-рерывно-прогредиентным течением, злокачественным темпом прогредиентности, преимущественно галлюцинаторно (псевдогаллюцинаторно)-кататоническим синдромом, сформировавшимся процессуальным дефектом параноидного типа, утратой трудоспособности, с наличием признаков инвалидности с детства и необходимостью проведения курсовой нейролептической терапии.

Случай 14. Злокачественная юношеская шизофрения

Злокачественная шизофрения

Злокачественная шизофрения встречается в наши дни значительно реже, чем это было во времена Э. Крепелина. Уже нет в психиатрических лечебницах огромных палат с многими десятками пациентов, пребывающих в конечной стадии заболевания. Нет кататоников, застывших в вычурных позах вдоль коридоров отделений, не маршируют гебефреники, поющие писклявыми манерными голосками детские песенки. Уже не встречаются бормочущие в грубом шизофазическом дефекте параноидные больные. Конечно, это и патоморфоз, и последствия «нейролептической эры». Изредка попадаются в практике случаи юношеской злокачественной шизофрении, протекающей в виде простой или псевдопростой формы. А чаще — злокачественная юношеская шизофрения, после купирования первого или второго эпизода, благополучно переползает в непрерывную со средним темпом прогредиентности.

Случай 14. Злокачественная юношеская шизофрения

Игорь Ч., 1976г. рождения.

Наследственность неизвестна. Отец по характеру малообщительный. Выпивает, «как все». Мать также не особо общительна, но «пару подруг», по ее словам, имеет.

(Отметим из скурых сообщений о наследственности наличие слегка выраженного радикала малообщительности. Называть это качество элементами шизо-идности слишком громко.)

Родился от первой беременности срочными родами, без родовой травмы. Задышал сразу. Ходить и говорить первые слова начал до года. В 6мес. упал из рук матери, завернутый в одеяло; травмы головы при этом падении не получил. Детсад посещал с 3,5лет. С детьми «ладил плохо», так как они, по мнению матери, были драчуны.

(Отметим, вскользь, что детей «не драчунов» не бывает, и объяснение мамы несколько натянуто.)

Во время послеобеденного сна никогда не спал. В 8 лет пошел в школу. Какой-либо заинтересованности в учебе не обнаруживал, «плохо понимал» учебный материал. В школе ни с кем не общался, не дружил. По его словам, ученики и сам он были агрессивными, дрались «за всякую ерунду».

(Обращаем внимание на повторение прежнего объяснения шизоидных элементов в личности — все вокруг агрессивны и драчуны.)

В возрасте девяти лет впервые появились необычные движения. Говорил матери, что перед этим падал на бетонный пол в школе, но никакого лечения или обнаружения факта травмы не отмечалось. Движения проявлялись в «дергании глазами», открывании рта, повороте плечами.

(Зная дальнейшую динамику болезни, нам, в отличие от детских невропатологов и психиатров, несложно сделать вывод о «зарницах» кататонических нарушений, проявившихся в псевдонавязчивых движениях или синдроме псевдонавязчивых состояний как таковом.)

Лечился в неврологическом отделении детской больницы. В школьные годы посещал несколько месяцев кружок тяжелой атлетики, авиамоделный. Закончил семь классов средней школы. Пытался работать грузчиком в течение 3,5 лет в магазине. Был уволен, так как «часто ронял товар», при преобразовании магазина в ЧП. После 19 лет нигде не работает. По словам матери, «как посмотрят на него, зачем им такой нужен». С 07.02 по 02.03.95 г. обследовался по линии РВК в мужском отделении ПНД. При осмотре ВКК от 27.02.95 г. констатировано: сознание ясное, в движениях медлительный, нерешительный. В начале беседы заволновался, стал отводить плечи назад. На вопросы отвечает тихим голосом, после небольшой паузы. Настроение не снижено. Себя по характеру считает спокойным, мнительным. Часто сказанное о других относит к себе, считая, что с ним такое тоже может случиться. Навязчивые движения часто возникают при волнении, на какое-то время может их подавлять усилием воли, но затем не справляется. После совершения этих движений чувствует облегчение. Психопатологической продукции не выявлено. Примеры на сравнение, различие, исключение лишнего выполняет удовлетворительно. Смысл пословиц, метафор понимает правильно. Диагностирована психастеническая психопатия. Невроз навязчивых состояний.

(Конечно, «задним умом», нам понятно, что не были учтены шизоидные компоненты состояния.)

Со времени окончания седьмого класса общение только внутри семьи. Девушек у него никогда не было, сам неоднократно говорил: «Зачем они нужны?» В семье общение ограничивается бытовыми нуждами; привязанности, теплоты в отношении близких, по мнению матери, не обнаруживалось. В последние годы за собой ухаживает по принуждению, не считает нужным мыть голову, вечером, не раздеваясь, укладывается в нерасправленную постель: «А зачем раздеваться. Потом снова одеваться». Иногда читает церковную литературу. Был направлен на обследование для определения группы инвалидности.

При поступлении в дневной стационар констатировано следующее психическое состояние: в кабинет вошел неуклюжей нескладной походкой. Сидит, ссутулившись, втянув голову в плечи и надвинув кепку на лицо чуть не до подбородка. Изредка поворачивается в сторону врача, смотрит из-под лобья и нелепо улыбается. Постоянно совершает однообразные движения в виде моргания, приподнимания бровей, передергивания мышцами плеча, улыбок, поворотов плечами. Особой заинтересованности в беседе не выявляет. Причину обращения к психиатру объяснил так: «Не знаю, направили... с 8 лет невроз, тянет моргать, что-нибудь делать». Высказывания носят инфантильный, порой нелепый характер: «С 15 до 20 лет посещал церковь, испортился, злым стал, раздражительным и бросил...хотел в армии выучиться «на права», но не взяли, я обиделся». На вопрос врача, почему несколько раз увольняли с работы, отвечает, что злился и делал глаза так... При этом скривил нелепую гримасу. Абсолютно безучастен и равнодушен к происходящей беседе. Изредка бросает на врача подозрительный взгляд. О взаимоотношениях со сверстниками отзывается так: «Да какие отношения, нет никаких отношений».

Обследован психологом, по заключению которого выявляются грубые изменения по ши-зоидно-эпилептоидному типу, выраженный эмоционально-волевой дефект. Психическое состояние на момент осмотра ВК: сознание не помрачено. Правильно называет себя, место пребывания, текущий год и месяц. В определении числа затрудняется. Войдя в кабинет, садится, опустив голову вниз, надвинув на лицо кепку, после просьбы кепку снимает, вновь устремляя взгляд в пол. На собеседников в ходе беседы не смотрит. Отвечает в пространство.

(Описывается аутистическое расстройство.)

Отмечаются постоянные вычурные стереотипные движения руками, мимическими мышцами лица, шеи, плечами. Стереотипии на лице сопровождаются вычурными гримасами — неадекватной кривой улыбкой, приподниманием бровей, вытаращенными глазами, почесыванием головы.

(Описываются проявления кататонического синдрома в виде вычурных, стереотипных движений, являющихся прерогативой уже процессуального дефекта.)

Ответы носят отрывистый, предельно краткий характер. Речь монотонная, мало-модулированная. Крайне неохотно отвечает на любые вопросы. Сообщает, что не смотрит на собеседника, объясняя так: «Зачем развлекаться зрением, смотреть на всех?» Рассказывает, что никаких отношений ни с соседями, ни с кем нет.

Сообщает, что читает христианские книги, потом размышляет. На вопрос, успел ли прочитать в Евангелиях о Тайной вечере, сообщает, что за несколько лет чтения до этого места еще не дошел. Свои движения считает проявлением болезни. Отрицает ощущение чуждости от этих движений. Утверждает, что не знакомился с девушками, так как ходил в церковь и обещал не жениться, а обещание «держаться нужно». На вопрос, тянуло ли когда-нибудь к женщинам, отвечает, что никогда не тянуло и тут же спрашивает: «А зачем это нужно?» Входе разговора многократно совершенно неадекватно и нелепо улыбается. Наличие посторонних мыслей или «голосов» в голове отрицает и тут же поясняет: «Надоел уже этот вопрос, что я, псих, что ли?» Эмоционально опустошен. На протяжении всей беседы ни одной сколько-нибудь выраженной эмоциональной реакции ни на один вопрос не обнаружил. Отмечались лишь парадоксальные улыбки, смешки. Каких-либо психопродуктивных нарушений также не обнаруживал.

При анализе данного случая мы отмечаем, что у мальчика с преморбидно-шизоидной структурой личности, начиная с первых классов школы (8-9 лет), начинается хроническое, непрерывно текущее эндогенное психическое расстройство, манифестирующее псевдоневротическими нарушениями, навязчиво-подобными движениями, постепенно перешедшими в кататонно-подобные стереотипии. Отсутствие внутренней борьбы, характера чуждости, полноценной критики к имеющимся нарушениям, вычурность движений позволяют дифференцировать их с навязчивыми движениями в рамках невроза навязчивых состояний. Постепенно, в течение последующих лет нарастают негативные расстройства, прежде всего аутизация личности, дошедшая к настоящему времени до полной изоляции больного от окружающего мира и людей. Аутизация сопровождается и другими проявлениями негативных расстройств — нарастанием эмоционального оскудения, прогрессированием редукции энергетического потенциала, при которой он в течение десяти лет превратился в человека, полностью утратившего трудоспособность, проживающего на положении иждивенца. К настоящему времени сформировался стойкий дефект, типа простого дефицита, включающего не только эмоционально-волевые расстройства, но и некоторое снижение интеллектуально-познавательных функций. Таким образом, диагноз формулируется как шизофрения, непрерывно-прогредиентное течение, простая форма со злокачественным темпом прогредиентности, с формированием процессуального дефекта, типа простого дефицита, с наличием субкататонических двигательных расстройств (F20.606 по МКБ-10). Нуждается в установлении II группы инвалидности в связи с полной утратой трудоспособности.

Случай 15. Биполярное аффективное расстройство к. тжс

Биполярное аффективное расстройство

Как известно, нозологическую самостоятельность маниакально-депрессивному психозу придал Э. Крепелин. С конца XIX столетия прошло чуть более 100 лет, в клинической картине этого заболевания почти ничего не изменилось, манипуляциям была подвергнута формально-таксономическая сторона дела. Чисто аффективное психическое заболевание постепенно дополнялось иными, не аффективными регистрами, подчас смывалась граница между МДП и рекуррентной шизофренией. В современных классификациях DSM-4 и МКБ-10 такого заболевания вообще нет. Имеется аффективное расстройство, монополярное, биполярное с разной степенью тяжести. Начинающему врачу-психиатру нужно помнить и осознавать эндогенную природу аффективного расстройства. Остальные, «примкнувшие» психические нарушения — не суть самое важное. Это как дополнительные гирлянды, расцвечивающие замечательную лесную красавицу под Новый год. А вот от того, расценим ли мы депрессию как реактивную или эндогенную, зависит очень много — прежде всего правильно выбранная терапевтическая тактика. Еще важнее правильно определить этиологический момент мании, особенно гипомании, зачастую маскирующейся под стеничный паранойяльный синдром, психопатоподобное состояние и т.д. Здесь уже от правильной диагностики зависит не только терапевтическая тактика, но и уровень экспертного решения.

Случай 15. Биполярное аффективное расстройство к. тжс

Из эпикриза к истории болезни: поступает впервые в сопровождении матери. Ранее на учете у психиатра не состояла. Состояние изменилось в течение нескольких дней после ссоры с близким человеком, снизилось настроение, стала раздражительной, гневливой, появился навязчивый страх «меня бросит любимый»,

Анамнез (со слов матери): родилась старшим ребенком из двоих детей в семье рабочих. Роды и беременность без осложнений. Родилась в срок, массой тела 3600 г, длиной 57 см.

Находилась на грудном вскармливании. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. В школу пошла с 6 лет, окончила 11 классов. Занималась в детской юношеской спортивной школе (ДЮСШ). По характеру была общительной, неконфликтной, доброжелательной, имела много друзей. Училась на 4 и 5. После школы поступила в техникум, который окончила на «отлично». Затем поступила в КГТУ, факультет экономики, заочно. В данное время студентка последнего курса, параллельно работала на РИЗе в ОК, с июля месяца уволена по собственному желанию (конфликт на работе).

(Итак — абсолютно чистый анамнез. Ничего психопатологического.)

Впервые странности в поведении заметили около года назад, когда появилась подавленность, неохотно вступала в беседу, была погружена в свои болезненные переживания.

(Таким образом, приблизительно за год до первой госпитализации Т.М. перенесла первый депрессивный эпизод, который, как это часто бывает, являясь субдепрессией, по своей выраженности к госпитализации не привел и особо не лечился. После самокупирования в течение девяти-десяти месяцев все оставалось хорошо, но незадолго до увольнения с работы начинается противоположная фаза, которая закончилась и увольнением, и госпитализацией в женское отделение ПНД.)

Из производственной характеристики: «К. Т. М. пришла работать в отдел по работе с персоналом 15.10.2001 г. оператором ЭВМ. Впоследствии переведена специалистом по работе с кадрами. За время работы зарекомендовала себя исполнительным, добросовестным, трудолюбивым работником. Отличительные черты Т.М.: любознательность, желание понять порученную работу до тонкости, внести что-то свое, новое. Она легко влилась в коллектив, сплотила вокруг себя молодежь. Т. М. яркая индивидуальность. Ей легко удается все: и работа, и учеба. Она активно участвовала во всех начинаниях молодежи на нашем предприятии. Руководство отдела прочило ей быстрое продвижение по службе. В июне 2005г. Т. М. ушла в отпуск, а по возвращении стали заметны некоторые, не свойственные ей, странности в поведении. Она оставалась все такой же умной, доброй, отзывчивой, но исчезла ее усидчивость, которая так необходима при выполнении ее работы, интерес и 08.07.2005г. она уволилась».

(Итак, руководители по работе, не будучи психиатрами, заметили в качестве странностей исчезновение усидчивости и интереса к работе.)

Состояние изменилось около месяца назад: стала злобной, напряженной, временами гневливой, конфликтной, не могла работать в коллективе, уволилась. Не может закончить дело, постоянно куда-то стремится, пытается сделать сразу несколько дел. Стала многоречивой, речь громкая, ускоренная в темпе.

(Обращаем внимание, что элементы маниакального состояния, даже в дозе гипоманиакальности, вполне адекватно оцениваются не только не психиатрами, но даже и не врачами вообще.)

Психический статус: двигателью суетлива, возбуждена. Эмоционально напряжена. Задаваемые вопросы не всегда слышит, ответы чаще не по существу. Болезненные переживания раскрывает неохотно. Речь быстрая, громкая. Отвечая на вопросы, активно жестикулирует руками. В беседе дистанцию не соблюдает, периодически трогает врача за руку, называет на «ты», держится свободно. Ориентирована во всех видах достаточно. Внимание привлекается, удерживается слабо. Активной галлюцинаторно-бредовой продукции не выявляется. Критика к своему состоянию отсутствует. В отделении **больная** двигателью спокойна, временами злобна, гневлива по отношению к родителям.

В беседе держится свободно, субординацию не соблюдает. Общается только с медперсоналом. Временами многоречива, деятельна.

(В психическом состоянии — «полный джентльменский набор» триады маниакального синдрома в гипоманиакальной степени выраженности — ускорение ассоциативного процесса, моторная расторможенность,

изменение фона настроения, но, как это часто бывает при МДП, вместо приподнятого настроения все чаще в последнее время мы сталкиваемся с гневливостью как эквивалентом гипомании.)

На фоне лечения состояние изменилось: настроение выровнялось. В поведении упорядочена. Внешне опрятна. Контакт доступен, речь по существу, в обычном темпе. Находится среди больных, ходит на прогулки, участвует в трудовых процессах. Ночами спит. Появилась формальная критика. Активной психопродукции не обнаруживает. Выписана из женского отделения 29.08.05 г., после чего к участковому психиатру не обращалась, поддерживающее лечение не принимала. Работала в ООО «Кама-пласт» кладовщиком. В марте-апреле наблюдался депрессивный эпизод, длившийся около трех месяцев. Отмечалось подавленное настроение, снижение активности, малоподвижный образ жизни. Лечилась в территориальной поликлинике, принимала золофт, фезам, глицин — с положительным эффектом.

(Вновь обратим внимание на одно немаловажное обстоятельство. Обычно наших больных врачи-интернисты чураются и не торопятся оказывать помощь. Депрессия, особенно субдепрессия, не воспринимается как нечто чуждое, она понятна. Она эмпатична и легко принимается специалистами непсихиатрического профиля.)

После депрессивного эпизода проходит три с половиной месяца, и вновь разворачивается противоположная фаза. Данное ухудшение — в течение последних 2 нед. до поступления.

Психический статус: по приглашению пришла на беседу в сопровождении медсестры, походка свободная, двигателью спокойная. Внешне одела на себя всю одежду, которая имеется (в отделении холодно). Охотно села на предложенный стул. Ведет себя непринужденно, легко. В контакт вступает, к беседе расположена. Внимание привлекается легко. Правильно понимает обращенные к ней вопросы. Отвечает по существу. Речь ускорена, говорит скороговоркой. Ухудшение самочувствия отмечает с 26.08.06 г. после похорон своего одноклассника, когда «все покатило». Быстро переключается с одной темы на другую. Говорит, что собирается переехать в г. Казань, у нее есть 2—3 предложения работы, будет жить на съемной квартире. Отмечается нейрорепитический синдром в виде насильственного высывания языка. Соглашается с тем, что ей надо полечиться, в то же время отказывается подписать согласие, обещает подписать только в присутствии родственников, чтобы знать, что они о ней не забыли. Подписала после длительных убеждений. Ориентирована в окружающей обстановке, собственной личности правильно, текущую дату называет верно. Галлюцинаторные расстройства не выявляются. Бредовых идей не высказывает. Проводилось лечение нормотимиками, неуплептилом, минимальными дозами нейрорепитиков. После улучшения состояния тяготилась пребыванием в отделении, просила врачей быстрее отпустить домой.

Анализируя данный случай, мы отмечаем вновь полностью чистый премор- бид, обычное детство обычного ребенка. У молодой женщины без всяких внешних причин развивается состояние субдепрессии, которую врачи-психиатры и не видели, могли реконструировать по анамнестическим описаниям. Затем по истечении нескольких месяцев развивается противоположная аффективная фаза — гипомания. В чем ее суть? Меньше всего большую тяготит повышенное настроение, коего она и не замечает вовсе. И ее, и окружающих лиц обеспокоили повышенная конфликтность, суетливость, рассеянное внимание, не совсем адекватные поступки. Именно поведенческими проявлениями манифестирует чаще всего в наше время аффективное расстройство, которое, как правило, имитирует психопатоподобные нарушения. Ровно через год начинается второй цикл заболевания, вновь болезнь проявляется субдепрессией, вновь не доходящей до психиатров, купированной врачами-интернистами. И только на противоположной фазе, гипоманиакальной, попадает второй раз в психиатрический стационар. Симптоматика повторяется в виде клише, что также часто бывает при аффективном расстройстве (МДП).

Случай 16. Эпилепсия, сопряженная с убийством семьи

Эпилептическая болезнь

Эпилептическая болезнь — пожалуй, наиболее разработанная, известная и типичная нозологическая единица, имеющая, как пишут ученые, экзогенно-эндогенное происхождение. Начиная со студенческой скамьи, нам известны типичные признаки эпилептической личности, замечательно описанные Ф.М. Достоевским, проведшим

в своих романах тщательный феноменологический анализ заболевания, т.е. именно то, что В.Х. Кандинский сделал в монографии «О псевдогаллюцинациях». После развода с неврологами по поводу эпилепсии на нашу долю остались эпилептические психозы, включая и сумерки, выраженные изменения личности и эпилептическое слабоумие. Как все это выглядит в жизни, в историях болезни наших пациентов, в их судьбах и их поступках?

Случай 16. Эпилепсия, сопряженная с убийством семьи

К. Юрий, 1958г. рождения.

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родился в сельской местности, в семье рабочих 5-м из 10 детей. Воспитывался в тяжелых материально-бытовых условиях. В детстве рос и развивался без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, в 6-летнем возрасте перенес травму головы без потери сознания; длительное время страдал энурезом. По характеру формировался легко возбудимым, неуравновешенным.

(Заметим между строк о формировании личности с явно возбудимыми, эпилептоидными чертами.)

Обучение в школе начал своевременно, учился удовлетворительно. Начиная с 1971 г. (в возрасте 13 лет) появились судорожные припадки с частотой 1—2 раза в месяц, затем, несмотря на проводимое лечение, они стали учащаться, протекали серийно, наблюдались эпилептические статусы. С появлением припадков снизилась успеваемость, стал неуравновешенным, повышено возбудимым, злобным, склонным к истерическим реакциям.

(Отметим быстрое нарастание изменений личности эпилептического характера.)

Окончил 10 классов. Работал сапожником, киномехаником. Подолгу нигде не задерживался, так как характеризовался как грубый, неуравновешенный, часто нарушающий трудовую

дисциплину. С1983—1986 гг. неоднократно помещался в психиатрическую больницу, так как отмечались эмоциональная неустойчивость, склонность к неадекватным аффективным реакциям, постоянные конфликты с окружающими. В 1987 г. женился на женщине Ирине, имеющей ребенка. Вначале взаимоотношения были хорошие, но в дальнейшем возникали частые конфликты, в основном из-за денег, которые жена требовала у него на различные нужды. 25.11.87г. убил жену и ее сына. Было заведено уголовное дело, в связи с сомнениями в психической полноценности направлен на судебно-психиатрическую экспертизу, которую проходил в РГБ МЗ РТ, но полностью следственные вопросы не были решены и была назначена повторная СПЭ, которую проводили в ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Согласно материалам уголовного дела, между К. и их соседями по квартире часто возникали ссоры, во время одной из них Юрий из хулиганских побуждений избил соседа А., причинив ему легкие телесные повреждения. В связи с этим был назначен товарищеский суд на 27.11.87г. В дальнейшем К. Ирина продолжала конфликтовать со своим мужем из-за денег. В середине ноября 1987 г. она стала требовать у него денег для покупки вещей и поездки для этой цели в г. Москву. У К. их не было и он пытался одолжить их у родственников, знакомых и малознакомых лиц (что вызывало у них удивление), однако ему никто не давал, чем была недовольна Ирина, она ссорилась с испытуемым, проявляла агрессию, продолжала настаивать на своем. Хмурый он приходил к своим родителям, говорил, что без денег ему нельзя возвращаться домой. Родители обоих супругов знали о предстоящей поездке Ирины в Москву за покупками. 25.11.87г. К. Юрий написал заявление о предоставлении отпуска за свой счет по состоянию здоровья с 26.11 по 26.12.87г. Для подачи заявления он пытался пройти на территорию предприятия, минуя пропускную, при этом держал на руках ребенка, вел себя «грубо, нагло». 25.11.87г. К. с сыном был у своих родителей. Свидетель Т. показала, что вечером того дня она заходила к К. Ирине, которая сказала, что муж ушел одолжить денег для поездки в Москву. Согласно показаниям, вечером 25.11.87 г. между супругами К. произошла ссора, при этом К. Ирина несколько раз ударила рукой по лицу Юрия, поцарапала его. Свидетелей дальнейшей ссоры нет, так как соседка не ночевала дома. 26.11.87г, она видела дома одного Юрия, который сообщил, что жена и сын в больнице. Из показаний участкового инспектора, работников ЖЭКа видно, что 25.11.87 г. они видели К. Юрия взбудораженным, исцарапанным, он пояснял, что его жена в больнице. В последующие дни он разговаривал по телефону с родителями, ночевал у них, говорил о том, что сдал белье в прачечную. Об исчезновении жены и сына К. спокойно сообщил своим знакомым, ходил с ними в кино, при визите 03.12.87 г. выглядел болезненным. В первых числах декабря 1987г. рабочие видели К. на стройке возле скважин, где впоследствии были найдены трупы, он интересовался ходом работ. 02.12.87г. Юрий звонил в милицию, при этом говорил невнятно, не назвал паспортных данных, адреса (из показаний

дежурного диспетчера). 03.12.87г. на строящемся объекте в шурфе глубиной 9м были найдены трупы женщины и ребенка с признаками насильственной смерти.

04.12.87 г. К. Ю.Е. обратился в ПНД, при этом указано, что он подавлен, жалуется на учащение приступов, бессонницу, которые связывает с уходом жены. 04.12.87 г. он был задержан РОВД и, будучи допрошенным в этот же день, отрицал причастность к содеянному, заявлял, что дома не ночевал, а когда пришел в квартиру, жены и сына не было. В показаниях от 8,9.12.87 г. Юрий также отрицал содеянное, заявлял, что обнаружил исчезновение жены 27.11.87 г., никому об этом не говорил, так как «не считал нужным», сообщил, что вещи сдал в прачечную без квитанции. 10.12.87 г. он признался в убийстве жены и сына в ночь с 25 на 26.11.87г., в показаниях 11.12—14.12.1987 г. он подробно сообщил о конфликтной семейной обстановке, об избиении его женой в день правонарушения, об удушении им жены и сына капроновым шнуром, указывал, что в период совершения убийств ему «становилось плохо», он падал, через 40—50 мин приходил в себя и продолжал свои действия. Решив спрятать трупы в скважину, отнес их туда, предварительно надел на труп жены одежду и обувь, затем сжег шнурок, который использовал для их удушения, в последующем отнес белье в прачечную. При проверке показаний с выездом на место

преступления, при проведении видеозаписи воспроизведений своих действий на манекене, указаний места погребения трупов Юрий подробно, обстоятельно сообщил о своих действиях, подтвердил свои прежние показания, письменно подтвердил добровольный характер своих признательных показаний. 14.12.87 г. ему было предъявлено обвинение в убийстве, он подписал его, признал свою вину. В показаниях от 14.12.87 г. он сообщил, что вину признает частично, «намерения убивать не было, все было как во сне», однако при этом подробно повторил свои предыдущие признательные показания, указывал, что на фоне скандалов в семье состояние его здоровья ухудшилось и он был вынужден попросить отпуск за свой счет. Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы от 04.12.87г. «в связи с обширными механическими повреждениями трупов посмертного характера, наличием странгуляционных борозд прижизненного характера можно предположить, что причиной смерти потерпевших является асфиксия от удушения петлей». В ходе дальнейших следственных действий 24.12.87г. Юрий отказался от своих прежних показаний, заявлял, что жену и сына он не убивал, только вынес их трупы. Также он сообщил, что, вернувшись домой, он увидел с петлями на шее жену и сына, подумал, что жена задушила себя, указывал, что жена якобы говорила ему «о человеке». Заявлял, что, сбросив трупы в скважину, ждал убийцу. В дальнейшем Юрий сообщал и другие версии, то заявлял, что дал признательные показания добровольно, то указывал, что следователи «оказывали давление», «пугали электрическим стулом»...Как видно из акта стационарно судебнопсихиатрической экспертизы, проведенной 25.01.88 г., при обследовании у испытуемого была выявлена органическая симптоматика, умеренные диффузные изменения биоэлектрической деятельности головного мозга с тенденцией к пароксизмальным проявлениям по данным электроэнцефалограммы; при описании психического состояния указано, что испытуемый спокоен, охотно сообщал о себе сведения, указывал, что припадки были в детстве, затем стал по делу защищаться, говорил, что любил жену и сына. Согласно заключению стационарной СПЭК Казанской ПБ, Юрий обнаруживает признаки эпилептической болезни с редкими припадками, с изменениями личности, степень которых не достигает изменений, чтобы он не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В ходе дальнейшего следствия и судебного разбирательства испытуемый продолжал отрицать содеянное. Заявлял, что только вынес трупы и бросил в скважину, «так как опасался, что его заподозрят в убийстве», уголовное дело было направлено на дополнительное расследование с необходимостью повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы. При обследовании в Институте им. В. П. Сербского было установлено, что со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Неврологическое состояние: зрачки округлой формы, реакция их на свет снижена. Определяется нистагм при крайних отведениях глазных яблок, недостаточность конвергенции. Сглажена правая носогубная складка. Язык отклонен вправо. Оживление сухожильных и периостальных рефлексов. 04.07.89 г. выявлены умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга общемозгового характера. Заключение невропатолога: «Органические изменения ЦНС неясного генеза с эпизиндромом в анамнезе».

Психическое состояние: испытуемый в окружающем ориентирован формально. Считает, что в институте должны доказать его непричастность к убийству. Контакт доступен, однако он носит малопродуктивный характер. В беседе вял, монотонен, хмур, медлителен, взгляд «тяжелый», временами неадекватно улыбается. Его речь замедленна, олигофренична, с уменьшительными суффиксами.

(В психическом статусе описываются признаки выраженного изменения личности по эпилептическому типу.)

Поставленные вопросы не всегда выслушивает, отвечает не по существу, фиксирован на сложившейся ситуации. Сведения о себе сообщает охотно, но крайне обстоятелен, вязок, ригиден, тугоподвижен, застревает на деталях, мелочах. Высказывания направлены на отрицания его вины, при этом стереотипно повторяет одни и те же фразы без

достаточного учета ситуации. Вместе с тем многие высказывания испытуемого неопределенны, своеобразны, непоследовательны, вычурны, склонен к символическому мышлению, бредовым интерпретациям окружающего. Стремится преподнести себя с лучшей стороны, подчеркивает разнообразный характер своих увлечений, при этом также проявляется своеобразие мышления, его вычурность. Так, он сообщает о лечении повышенного внутричерепного давления путем погружения под воду, о его фантазировании под водой, о различных способах лечения болезней, заявляет врачу: «Мой мозг — экран, в нем много произведено картин». Заявляет, что лечил психику жены, «занимался обороной». Жалоб на состояние своего здоровья не предъявляет, но указывает, что иногда мог уехать куда-то, блуждать по несколько дней, при этом, приходя в себя, не понимал, как сюда попал. Испытуемый отрицает, что убил жену и сына, настаивает на версии, что их убил отец жены, однако объяснить, почему отец мог это сделать, не может. Утверждает, что только отнес трупы к скважине и бросил их. В крайне «обнаженной» форме рассказывает о своих «манипуляциях» с трупами, без всякой эмоциональной реакции, говорит о позе потерпевшей, в которой он ее будто бы застал по возвращении домой («ее ноги были разведены для оплодотворения»). Путано, противоречиво, нелепо, без учета объективных данных объясняет непоследовательность своих показаний в ходе следствия, заявляет, что ждал дома убийцу, ибо знает из книг, что убийца возвращается на место преступления. Иногда заявляет, что плохо помнит обстоятельства случившегося, потому что «было плохо», «был в беспамятстве», однако наличие припадков в этот период отрицает, стремится заверить врача, что излечился от припадков, без учета ситуации настаивает, чтобы в его истории болезни был отражен тот факт, что в детстве у него был испуг. Также противоречиво, подробно описывает свои действия при сбрасывании трупов в скважину, всякий раз поправляет врача, что он «не бросил трупы, а опустил». На вопрос о причине сбрасывания трупов в скважину сделал разные заявления: то говорил, что боялся их оставить дома, то утверждал, что «в тепле трупы быстро разложились», затем стал заявлять, что бросил их туда «из-за грехов Ирины», «она гуляющая», а «ребенок тоже был грязным». Вместе с тем постоянно в устной и письменной форме с массой уменьшительных суффиксов, со слащавостью сообщает о любви к потерпевшим, пишет стихи примитивного, нелепого содержания на эту тему. Однажды спросил врача о том, может ли в одном человеке «совмещаться добро и зло», и, получив утвердительный ответ, сказал: «значит это про Ирину». В отделении удерживался с трудом. Настроение было сниженным, держался обособленно, был хмур, задумчив, временами озлоблен. К персоналу был навязчив, требовал к себе повышенного внимания, часами стоял в однообразной позе у двери палаты или, стоя на постели, смотрел в окно, при этом на замечания не реагировал. Временами целыми днями лежал в постели, отказывался от еды или перебирал мелкие бумажки, вырезки из журналов и газет, придавая особое значение отдельным линиям, усматривал в буквах «особый смысл». Навязчиво требовал фотографии своей семьи. При получении их своеобразно интерпретировал позы, выражение лица, пытался доказать по позе тестя его причастность к убийству дочери. Высказывал угрозы в адрес тестя. Интересовался ходом расследований, требовал ознакомления с их результатами, настаивал на сообщении ему его диагноза, со злобой заявлял, что не намерен терпеть, если ему «припишут болезнь», демонстрировал врачу вырезки из газет с критическими замечаниями в адрес врачей. С родными письменной связи не поддерживал. Должной озабоченности сложившейся ситуацией, своим будущим не проявлял. Эпилептических припадков за время пребывания на экспертизе у него не наблюдалось. Мышление у испытуемого обстоятельное, ригидное, тугоподвижное, со склонностью к детализации наряду со своеобразием, вычурностью, нецеленаправленностью, склонностью к символическому. Интеллект низкий. Эмоционально выхолощен, отмечается полярность эмоциональных проявлений, критическая оценка своего болезненного состояния и сложившейся ситуации. При экспериментально-психологическом исследовании на фоне вязкости, обстоятельности суждений, трудностей переключения с субъективно значимых событий, некоторого снижения объема запоминания и нерезко выраженных колебаний продуктивности деятельности на первый план

выступают нарушения интеллекта, выражающиеся в измененности смысловой структуры речи, конкретности и искажении процесса обобщения с использованием конкретных форм обобщения — широких обобщений низкого качества и актуализацией латентных и несущественных свойств, использование вычурных вербальных формулировок, неадекватности и символическости ассоциативных связей, а также в искажении смысловой сто-

роны суждений с нецеленаправленностью высказываний, соскальзываниями, своеобразной субъективной логикой. Личность характеризуется наличием агрессивных реакций и конфликтных ситуаций, нетерпимостью, стойкими представлениями о враждебном и недоброжелательном окружении, ригидностью, склонностью к застреванию, отсутствием чувства вины. На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что К. Ю. Е. страдает хроническим психическим заболеванием в форме эпилепсии с выраженными изменениями психики. Это подтверждалось данными анамнеза о начале заболевания в детском возрасте, характеризовавшегося разнообразными судорожными и бессудорожными припадками, последующими нарастающими личностными изменениями по эпилептическому типу, слабоумием, что являлось причиной повторных госпитализаций в психиатрические больницы, его инвалидизации. Приблизительно с 1979 г. частота судорожных припадков уменьшилась, имели место психические эквиваленты, явления амбулаторного автоматизма с нарушением сознания, на первый план выступали личностные психопатоподобные проявления, глубина и выраженность которых врачами расценивалась по-разному. Нарушение социальной адаптации также определялось личностными особенностями и болезненными нарушениями психики. Как видно из амбулаторной карты ПНД и материалов уголовного дела, с начала 1987 г. психическое состояние испытуемого в условиях психотравмирующей ситуации (семейные и производственные конфликты) ухудшилось, участились припадки, усилились нарушения в эмоционально-волевой сфере. Поведение испытуемого в период, относящийся к инкриминируемому ему правонарушению, во время следственных действий также определялось болезненным состоянием его психики. Настоящее психиатрическое исследование наряду с характерными для эпилепсии нарушениями мышления в виде обстоятельности, ригидности, вязкости, тугоподвижности, склонности к детализации, эмоциональной сферы в виде полярности аффективных проявлений, аффективной вязкости, эгоцентризма, некоторой слащавости, угодливости выявляет и шизофреноподобные нарушения мышления в виде нецеленаправленности, неравномерности, искажения процессов обобщения, своеобразия, вычурности, ассоциации, соскальзываний, склонности к символическим, а также специфические нарушения эмоциональной сферы (неадекватность, выхолащенность), нарушения критического осмысления своего болезненного состояния и сложившейся ситуации. Выраженность указанных психических нарушений К. Ю.Е. столь значительна, что лишала его возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Поэтому в отношении инкриминируемых деяний К. Ю.Е. следовало считать невменяемым. По своему психическому состоянию (выраженные нарушения мыслительной деятельности, эмоционально-волевой дефект, угрозы убийством при отсутствии критики) и с учетом характера совершенных им противоправных действий К. Ю.Е. представлял собой социальную опасность и нуждался в направлении на принудительное лечение в Республиканскую психиатрическую больницу со строгим наблюдением МЗ РТ г. Казани, куда поступил 20.08.90г.

При поступлении и на протяжении длительного периода времени психическое состояние больного было крайне неустойчивым, отмечались повышенная раздражительность, частые конфликты с окружающими. Временами становился замкнутым, угрюмым, злобным, агрессивным. Заявлял, что в данной больнице есть определенные люди, отрицательным образом заинтересованные в его судьбе, которые прячутся под видом больных. Критика к своему состоянию, правонарушению полностью отсутствовала, категорически отрицал содеянное. На фоне проведенного лечения аминазином, галоперидолом, феназепамом постепенно выровнилось настроение, стал более упорядоченным в поведении, включился в трудовые процессы; судорожных припадков за время нахождения в больнице

не отмечалось, что позволило на ВК изменить К. Ю.Е. форму принудительного лечения в психиатрической больнице со строгим наблюдением на принудительное лечение в психиатрической больнице с общим наблюдением. 24.01.97г. поступил в РПБ МЗ РТ, где первое время был спокоен, упорядочен, работал в ИТМ, но в дальнейшем стал конфликтным, грубо нарушал режим, требовал принести спиртные напитки. Согласно постановлению районного суда г. Казани от 13.05.97г., К. Ю.Е. изменена форма принудительного лечения в психиатрической больнице с обычным наблюдением на принудительное лечение в психиатрической больнице со строгим наблюдением. В Казанскую психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением МЗ РФ поступил 16.06.97г., где обнаруживал следующее:

Физическое состояние: хронический гастрит с нормальной секреторной функцией.

Нервная система: энцефалопатия сложного генеза с рассеянной микросимптоматикой.

Психическое состояние: при поступлении и первые 2,5г. нахождения в больнице психическое состояние было стабильным. Спокоен, фон настроения ровный, уживчив с окружающими, активная психотическая симптоматика

не выявлялась, включился в трудовые процессы. В таком состоянии переводился в реабилитационное отделение, где продолжал участвовать в трудовых процессах, посещал ЖТМ. Без критики говорил о возврате в данную больницу. В январе и апреле 2000г. отмечались кратковременные дисфории, был вспыльчив, легко раздражителен, конфликтен с окружающими, на фоне проводимого лечения аминазином 300 мг/сут в инъекциях в сочетании с хлораконном 0,75 г/сут, фенобарбиталом 0,3 г/сут быстро успокаивался. На протяжении длительного периода времени (около 8 мес.) правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внимание привлекается и удерживается достаточно. Доступен контакту, речь замедленная по темпу, склонен к излишней детализации, застревает на мелочах. К возврату в данную больницу относится без должной критики: «я постоянно работал, может, что сказал не так». Активная психотическая симптоматика не выявляется. Мышление обстоятельное, вязкое, тугоподвижное. Интеллект снижен. Умственный кругозор ограничен. Суждения легковесные. Эгоцентричен. Эгоистичен. О содеянном рассказывает холодно, без сожаления: «да, у жены что-то с головой было плохо, не помню ничего». В отделении режим содержания не нарушал, настроение ровное, уживчив с окружающими, участвует в трудовых процессах. За все время нахождения в больнице судорожных припадков не наблюдалось, последний припадок отмечен в 1985 г. Является инвалидом II группы по специальной психиатрической МСЭ бессрочно. Формула общественной опасности: ведущий синдром — дисфорический, тип течения заболевания — непрерывный. Механизм, характер и кратность совершившихся ООД: данное правонарушение первое по счету, механизм — негативно-личностный. Личностные и ситуационные факторы, способствующие и препятствующие совершению ООД: употребление алкогольных напитков будет способствовать ухудшению психического состояния и возникновению социальной опасности больного.

Лечение, проведенное и рекомендуемое: хлоракон, люминал, аминазин. Рекомендовано: психотерапия, психокоррекция, противосудорожная терапия отменена. Рекомендации социального плана по предотвращению СОД: постоянное наблюдение психиатром, проведение социальной реадaptации. На основании изложенного выше комиссия пришла к заключению, что К. Ю.Е. страдает хроническим психическим заболеванием в форме эпилепсии с выраженным изменением личности (F 07.82; G 40), проявляющимся в обстоятельности мышления, снижении мнестических способностей, интеллекта и памяти, учитывая урежение дисфории, отсутствие судорожных припадков и сумеречных расстройств сознания, а также агрессивных и аутоагрессивных тенденций, как спокойный психически больной, не представляющий особой социальной опасности, К. Ю.Е. в лечении в условиях психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением не нуждается.

Итак, после десятилетнего принудительного лечения пациент был выписан для продолжения амбулаторного психоневрологического лечения (АПНЛ) по месту жительства. Как это часто случается в реальной жизни, место осталось, а «жительство» в этом месте уже стало невозможным, так как за прошедшие годы больной потерял свое жилье и, вернувшись на пепелище, обнаружил, что не только никому не в радость, но и вообще никому не нужен. С 2000 г. он периодически появлялся в кабинете главного врача ПНД, участкового психиатра, жалуюсь на свою судьбу, испрашивая помощь в возвращении квартиры, ранее имевшейся у него. Каждый раз продолжал заявлять, что убийства жены и ребенка не совершал, что его оговорили, на него «повесили чужое преступление». До 2002 г. ежемесячно сам являлся к психиатру, находясь на АПНЛ и строго выполняя все требования врача. После двукратного продления АПНЛ, в 2002 г. оно было отменено судом, и Юрий был переведен на амбулаторно-дневное наблюдение (АДН). Далее события развивались следующим образом.

4 сентября 2004г. больной ушел из дома со словами: «Меня больше не ищите», — попрощался с матерью. Мать неоднократно обращалась в ОВД с розыском сына, результатов не было. В ответах на послания главного врача ПНД в адрес ОВД также сообщалось о безрезультатных поисках. 15.03.05 г. участковый милиционер посетил К. по адресу его матери. Провел опрос и отбыл. Сестра предполагала, что брат может жить у женщины (подруги), обеспеченной жильем. Он говорил своим родственникам про такую женщину, но ни адреса, ни фамилии этой подруги не называл. Далее продолжается переписка с ОВД. Но... 18.05.06 г. Юрий самостоятельно появляется у участкового врача. Пожаловался, что его ищут по Интернету. Обнаруживал ясное сознание, полную ориентировку. Малоустойчивый фон настроения. Сообщал, что его «выгнали из дома», зачем-то внесли в Интернет и там фигурирует его фамилия. Прошло три месяца, и мы читаем последнюю запись в его амбулаторной карте о том, что 21 августа 2006 г. мать больного сообщала, что Юрий уехал на жительство в Краснодарский край, но с прописки она его не сняла.

Какие итоги мы можем подвести после этой длинной истории болезни, переданной вашему вниманию почти дословно, за исключением некоторых формальностей. У пациента с детства развивается эпилептическая болезнь со всеми типичными ее проявлениями. Это в старом понимании и есть та генуинная эпилепсия с

типичными пароксизмами в начале заболевания, сменявшимися парциальными приступами, малыми припадками и абсансами, затем полностью проявляющаяся в нарастании личностных изменений до степени слабоумия. При поверхностном знакомстве с пациентом он своим многократным и категорическим отрицанием случившегося убийства весьма напоминал больного, перенесшего сумеречное помрачение сознания с тотальной амнезией. Но информация, содержащаяся в акте СПЭ, убедительно показывает негативно-личностный механизм совершения ООД, при этом имелась весьма колоритная личностная реакция больного, напоминавшая типичную реакцию защиты, с псевдоамнезией случившегося, поиском линии защиты. Весьма характерно усиление дисфории при любых психогенно значимых ситуациях, вплоть до убийства, явившегося финалом домашней ссоры больного с женой.

Второй случай, с которым мы столкнулись очень давно, воспроизведем кратко, чтобы проиллюстрировать основные клинические характеристики типичного эпилептического психоза, протекавшего без помрачения сознания. Для таких психозов с галлюцинаторно-бредовой картиной большая часть авторов считает характерным мистическую или религиозно-экстатическую картину галлюцинаторных переживаний и соответствующую им бредовую симптоматику. В старом

справочнике по психиатрии в разделе об эпилептических психозах указывается, что бредовые идеи развиваются очень быстро вслед за возникшим галлюцинозом, отмечается быстрая парафренизация психоза. Галлюцинаторно-бредовый синдром сопровождается обычно тревожно-злобным настроением.

Случай 17. Эпилептический психоз с убийством прихожанки в церкви

Б. О.С., 1937г. рождения.

Поступила в психиатрическую больницу 13.11.73 г.

(Очень любопытны обстоятельства госпитализации, рисующие юридические нравы того времени в нашей стране.)

Больная поступила по «направлению» районного суда, который рассмотрел дело об убийстве старушки и без проведения судебно-психиатрической экспертизы, без вынесения постановления о принудительном лечении (в соответствии хотя бы с тогда существовавшим УК РСФСР) принимает решение о направлении на лечение психически больной. В каком качестве? Невменяемой? Но решения об этом не было. В качестве объекта принудительного лечения? Также нет. Направляет просто так, как психическую больную в обострении.

Итак, больная поступает в стационар. Упуская большую часть анамнеза, обратим внимание только на то, что эпилепсией Октябрьина страдала много лет, к моменту поступления в стационар она была лишена обеих рук. Правая рука была ампутирована в области нижней трети предплечья, левая рука — в средней трети плеча. Незадолго до поступления она, находясь в православном храме, вдруг увидела глазами муху-ангела, которая села ей на нос и заговорила человеческим языком: «Вот эта старуха, стоящая перед тобой, на самом деле есть черт. Если ты ее не убьешь, погибнешь сама и погибнут люди. Убей старуху». Октябрьина вышла из церкви, подобрала валяющееся недалеко кайло, вернулась в храм божий и ударила кайлом старушку. Каким образом она удерживала двумя культиями орудие убийства, понять невозможно, но факт остается фактом — одним ударом она, как сама впоследствии говорила, «убила черта и освободила человечество от беды». Ее тут же поймали, допросили. Естественно, работники правоохранительных органов сразу же поняли, что имеют дело с душевнобольной. Но вместо экспертизы и законного судебного разбирательства последовало немедленное решение судьи о направлении в стационар.

В психическом статусе в отделении отмечалось: на протяжении всего периода госпитализации была в ясном сознании, за исключением редких эпилептических приступов. Спустя три недели галлюцинаторно-бредовая симптоматика купировалась, но критика не появилась до конца лечения. Убежденно рассказывала про муху-ангела, которая и заставила ее спасти человечество. При этом, останавливаясь прямо в коридоре, иногда стоя,

а порой и на коленях, истово молилась культей правой руки. Отмечалась обстоятельность мышления и речи, застреваемость на мелких подробностях и деталях, выраженная слащавость и угодливость в поведении. Особенности ее личности не вызывали ни малейшего сомнения в этиологии психотического состояния. Октябрина пролечилась тогда в стационаре полтора месяца и была выписана как обычная больная, без всяких судебных процедур и решений, вне психоза, хотя и без критики к перенесенному состоянию.

В последующем она многократно, почти ежегодно поступала на лечение в стационар женского отделения, хотя психотические состояния больше никогда не повторялись. Отмечалось выраженное эпилептическое слабоумие, не более того. При анализе случая прежде всего мы должны дать правильную оценку психопродуктивной симптоматики, толкнувшей пациентку на убийство. Приступообразно возникший психоз дебютировал острым галлюцинаторным синдромом с немедленным присоединением вторичного галлюцинаторного бреда с элементами парафренизации, экстатически-религиозного по характеру. Совершенно однозначно механизм совершения ООД был психопродуктивный. Убийство, в отличие от первого больного, было совершенно не в связи с грубыми личностными изменениями, а в результате молниеносного развития острого эпилептического психоза.

Случай 18. Органическое психическое расстройство вследствие черепно-мозговой травмы с изнасилованием и покушением на убийство потерпевшей

Психические нарушения при травме головного мозга

Одной из самых частых причин установления динамического психиатрического наблюдения у лиц с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга являются психопатологические последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ). При этом психозы в остром периоде травмы наблюдаются довольно редко. В основном мы встречаемся с более-менее отдаленными последствиями ЧМТ. Диапазон клинических проявлений крайне вариабелен - от легких астено-вегетативных и когнитивных расстройств до тяжелейших состояний слабоумия и маразма с апалическим синдромом. Для молодого психиатра самое важное - осознание необходимости терапевтических усилий в любых, даже самых, казалось бы, пессимистических случаях. Пластичность человеческого мозга настолько велика, что никогда нельзя ставить крест на своих усилиях, никогда нельзя говорить даже наедине самому себе: все, что мог, уже сделал.

У нас имеется возможность познакомиться со случаем последствий тяжелой гипоксической травмы головного мозга, уникальность которого заключается в исключительно демонстративной положительной динамике психического состояния и изменениях экспертных решений, вызванных этой динамикой. Наблюдение целесообразнее представить не в виде изучения текста историй болезней, а в форме пересказа актов АСПЭ.

Случай 18. Органическое психическое расстройство вследствие черепно-мозговой травмы с изнасилованием и покушением на убийство потерпевшей

У. Л.С., 1977г. рождения.

Из анамнеза известно, что наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родилась в семье рабочих, младшей из двоих детей. Посещала детский сад. В школу пошла с 8 лет. Училась до восьмого класса на четверки и пятёрки. Затем стала пропускать уроки, и успеваемость снизилась. После окончания девяти классов поступила в коммерческий лицей, где училась по специальности товароведа-коммерсанта. Из-за пропусков занятий ей было предложено оставить лицей. В 1995 г. получила диплом. Работала в банке курьером. Дважды привлекалась к уголовной ответственности за хулиганство, оба раза по приговору суда получала условную меру наказания. Употребляет алкогольные напитки с 14 лет, выпивала один-два раза в неделю пиво. Защитный рефлекс сохранен. С 14 лет курит. 30 января 1996 г. в подъезде жилого дома была избита и изнасилована

группой парней, в беспомощном состоянии ее пытались задушить, но, полагая, что потерпевшая умерла, бросили ее на месте преступления. 30 января 1996 г. Л.С. поступила в БСМП с закрытой травмой мозга\ ушибом головного мозга, множественными ссадинами лица. С 30 января по 22 марта находилась в реанимационном отделении БСМП, а затем в отделении нейрохирургии с диагнозом: странгуляционная асфиксия, гипоксическая энцефалопатия. Затем, 22 марта 1996 г. переведена в ПНД, где проводилось лечение по поводу гипоксической энцефалопатии, двусторонней пирамидной недостаточности, психоорганического синдрома, тетрапареза, мозжечковой атаксии и моторной афазии.

(Подводя итог преморбидного анамнеза, можно констатировать, что мы имеем дело с типичным представителем молодого поколения постперестроечного периода, которая до получения закрытой травмы мозга (ЗТМ) никаких контактов с психиатрической службой не имела. Тяжесть полученной гипоксической травмы подтверждается длительностью нахождения в реанимации, тяжелым диагнозом при выписке из травматологии, звучащим как суровый приговор. Что происходило в дальнейшем?)

Из истории болезни известно, что при поступлении в ПНД отмечалась сглаженность левой носогубной складки, парез правой руки. При поддержке ходит шаткой походкой, высоко поднимая ноги (журавлиной походкой), наступает на наружную сторону стопы. Тонус мышц левой руки повышен, регистрируется динамическая и статическая **атаксия**. В психическом состоянии отмечается отсутствие словесного контакта. На многие вопросы не реагирует, взгляд устремлен в одну точку. После многократного повторения вопроса пытается отвечать, но кроме отдельных слогов: «На...па...ню...не...», — ничего произнести не может. Часто плачет. Длительное время не могла самостоятельно передвигаться, не могла ни говорить, ни писать.

(Таким* образом, на начало психиатрического лечения мы имели больную с грубой патологией головного мозга, мы имели дело с тяжелобольной, состояние которой было эквивалентно органическому слабоумию, сопровождающемуся массивной неврологической симптоматикой.)

Постепенно, через несколько месяцев от начала лечения, движения стали более объемные, точные. Начала заниматься с логопедом восстановлением речи. 10 июля 1996 г. проводилась судебно-психиатрическая экспертиза потерпевшей. Комиссией дано заключение, что испытуемая обнаруживает признаки выраженного психоорганического синдрома с явлениями ретроградной амнезии, моторной афазии, в силу чего не может на время проведения данной экспертизы отдавать отчет своим действиям, руководить ими и не может давать показаний по данному уголовному делу. С августа 1996 г. ей была установлена II группа инвалидности. Постепенно, в ходе многомесячного лечения в стационаре, начала восстанавливаться речевая функция, сначала слова произносила невнятно, но затем произношение становилось четче. Стала без задержки отвечать на простые вопросы. Начала немного ходить самостоятельно, постепенно увеличивая объем движений и длительность ходьбы. К концу второго месяца пребывания в отделении начала писать небольшие записки. С матерью отпущалась в домашние отпуска. Пыталась печатать на машинке.

(Итак, через несколько месяцев от начала лечения отмечается положительная динамика как в неврологическом статусе, так и в психическом состоянии.)

16 октября 1996 г. проводилась повторная АСПЭ в связи со значительным улучшением психического состояния после проведенного многомесячного лечения. Выраженность психоорганического синдрома настолько уменьшилась, что он диагностировался уже как астенический вариант, а комиссия СПЭ вынесла решение, что потерпевшая на момент проведения второй экспертизы может понимать значение своих действий, их последствия, может понимать суть задаваемых ей вопросов и может давать по делу правильные показания. С 21.08.97 г. находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении с диагнозом: гипоксическая энцефалопатия, психоорганический синдром. В ходе проведения повторных судебных слушаний была проведена дополнительная судебно-психологическая экспертиза кандидатом психологических наук, констатировавшая возможность участия ее в судебных заседаниях, отсутствие склонности к фантазированию, возможность дачи ею показаний, хотя вследствие частичной амнезии показания могли быть неполными. В ходе судебных слушаний потерпевшая меняла показания, в частности утверждала, что в насилии участвовал молодой человек, который заведомо не мог быть на месте преступления, так как находился в другом городе. В связи с сомнениями в правдивости показаний судом была назначена третья комплексная экспертиза по данному делу, которая была проведена 21 октября 1998 г., т.е. спустя два года и девять месяцев после гипоксической травмы мозга.

(Перед экспертами встала задача — определить, что было причиной изменения показаний и оговора. Если это происходило в связи с амнестическими нарушениями, то все ее показания теряли смысл в качестве доказательного материала. Если была иная причина, ее необходимо было установить.)

В соматическом состоянии определялось наличие рубца на коже шеи — последствия трахеотомии, следы самопорезов на предплечьях. В неврологическом статусе отмечены асимметрия лица, тремор языка. Легкий горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов. В позе Ромберга — покачивание. В психическом состоянии комиссия отмечала: ясное сознание, сохранность всех видов ориентировки. Контакт доступен. Держится адекватно, с необходимой дистанцией. Фиксирована незначительная дизартрия речи. Предъявляет жалобы на ежедневную головную **боль**, усиливающуюся к вечеру, частые головокружения. Сама отмечает снижение памяти, не помнит, куда что кладет. Цели и задачи проводимой экспертизы понимает правильно, но несколько примитивно. Внимание привлекается, истощаемое. Мышление последовательное, в обычном темпе, близкое к конкретному, выявляется инертность мышления. В суждениях легковесна, примитивна: «Я была не девочкой, но я «давала» не всем, ведь я же работала». Активной психопатологической продукции не обнаруживает. Эмоциональные реакции неустойчивые. В судебно-следственной ситуации разбирается верно. Память на события момента совершения в отношении нее насильственных действий остается мозаичной: «Помню, как на мой отказ меня начали бить по голове, я думала, как завтра на работу идти». Держали ли ее во время насилия — не помнит. «Стукнули, я упала на пол...сказали: мы тебя все равно убьем, так как ты нас сдашь... наложили на шею мой зеленый шарф и стали душить...когда начали душить, сказали: «Крикни последний раз в своей жизни...», - ... а я хотела умереть, чем такую боль терпеть...» Сообщает, что из молодых людей, обвиняемых по данному делу, точно помнит лишь одного. То, что раньше показывала на всех троих, объясняет так: «Я была очень тяжелая ...мне казалось, что там в подъезде была вся мужская половина Набережных Челнов...мне казалось, что там и отец мой был..., поэтому я хотела их всех посадить, поэтому на них всех показала, а сейчас я вспомнила». По результатам психологического обследования выявлены инертность мышления, застревание на аффекте. Имеется сложившееся убеждение в несправедливости по отношению к ней окружающих. Снижен уровень включенности в социальную среду. Как следствие, закрепились такие черты личности, как инертность психических процессов, ригидность установок, субъективизм, раздражительность. Испытуемая находилась в состоянии депрессивной реакции, в рамках адаптационного синдрома, что связано с ситуацией резкого разочарования в постстрессовом периоде. Однако в настоящее время данные переживания теряют свою актуальность, становятся менее выраженными. Учитывая улучшение психического состояния, появление критического отношения к перенесенному событию, своему состоянию, комиссия вынесла решение о ее процессуальной дееспособности, об отсутствии у нее склонности к фантазированию, возможности дачи ею показаний в суде с учетом их неполноты вследствие частичной амнезии происшедшего. Спустя несколько лет после случившегося периодически появляется в диспансере, наблюдается с проявлениями умеренно выраженного органического расстройства личности, частично оставшимися когнитивными нарушениями, эмоциональной лабильностью, умеренно выраженным церебрастеническим синдромом.

Анализируя данный случай как проявление типичного экзогенно-органического заболевания головного мозга, мы можем констатировать, что после тяжелой гипоксической травмы мозга (попытки удушения) у пациентки развивается поражение преимущественно корковых отделов мозга, с явлениями центрального гемипареза верхних конечностей, центрального парапареза нижних конечностей, атаксии, моторной афазии, выраженным психоорганическим синдромом, тяжесть которого достигала степени посттравматического слабоумия. Отмечались ретроградная и частично фиксационная амнезии, снижение функции внимания, грубые когнитивные и эмоциональные нарушения. В ходе длительной терапии ноотропами, витаминотерапией, ЛФК, общеукрепляющими средствами состояние постепенно улучшалось, восстанавливались двигательные функции, речь, стабилизировался эмоциональный фон, восстанавливалась функция интеллекта. Степень восстановления утраченных функций спустя два с половиной года была такова, что их уровень позволил экспертной комиссии констатировать восстановление процессуальной дееспособности.

Случай 19. Алкогольный психоз и детоубийство

Алкогольный психоз

В этой главе рассмотрим случай типичного экзогенно-органического психического расстройства, преимущественно интоксикационной этиологии. Известно, что алкогольный делирий может служить моделью экзогенных психических расстройств. Клинические проявления этой реакции довольно типичны и подробно описаны Либермейстером в конце XIX столетия. Но вскоре Бонгоффер сообщает психиатрическому миру, что при разных вредностях и ядах могут быть одни и те же ответы, одни и те же реакции. Значит, дело не только в специфике экзогенной вредности, но и в особенностях функционирования мозга. Тогда можно ли говорить об экзогенности как таковой? Наш случай - атипичен. Это и не делирий, и не чистый алкогольный галлюциноз. Остальной анализ предпочтительнее сделать после рассказа о страшной трагедии, приключившейся в городе под конец 2004 г. (по материалам большей части судебно-психиатрического акта). Экспертиза была проведена в декабре 2004 г. Пациентка почти полтора года находится на принудительном лечении в специализированной больнице с интенсивным наблюдением.

Случай 19. Алкогольный психоз и детоубийство

А. А.Р., 1966 г. рождения.

Анамнез со слов больной: родилась в Узбекистане, в семье рабочих. Воспитывалась матерью. Наследственность неотягощена. В детстве ничем не болела. В школу пошла с 7 лет, училась вполне удовлетворительно. Предпочитала точные предметы: черчение, химию. Кружки не посещала, много времени проводила в играх на улице. Окончила 8 классов, после чего поступила в учебный комбинат на курсы крановщиков, после чего работала по специальности крановщицы около двух лет. Вышла замуж в 22 года. Семейная жизнь осложнилась пьянством мужа. Была дважды беременной, с двумя срочными родами. Детей было двое: старшего сына родила до брака, в 18-летнем возрасте. Он умер в возрасте 6 лет от ДЦП. Второго сына родила в возрасте 24 лет. Через 4—5 лет, в 1994 г., когда ей было 29 лет, начала употреблять наркотики. В тот год муж закончил жизнь самоубийством через повешенье. Употребление наркотиков сама связывала со смертью мужа. Покупала готовый раствор («ханку») в шприцах, вводила внутривенно, до 5 мл, в локтевой сгиб левой руки. Принимала наркотики в течение 1,5—2 лет, в период ломки ощущала болезненность во всем теле, ломоту в суставах, головную боль. К наркологам не обращалась, «было стыдно», бросила сама.

(Итак, по первой части анамнеза мы можем сделать два суждения. Первое - преморбидно у нашей пациентки никаких психических расстройств не отмечалось. После замужества она столкнулась с пьянством мужа, затем якобы вследствие психической травмы начала принимать наркотики. Конечно, психогенный момент мог иметь место, но мы должны помнить, что почти все наркоманы и лица, страдающие алкоголизмом, расскажут вам «вагон и маленькую тележку» самых разных стрессов и психогений, оправдывающих их зависимость.)

С 1996 г., по ее словам, «не кололась». До 1998 г. продолжала работать на разных работах. В 1998 г. переехала на постоянное место жительства в Набережные Челны, ближе к матери, устроилась дворником в «КамАЗЖилБыт». Получила комнату в общежитии. Проживала вдвоем с сыном, который к тому времени начал посещать школу. Работала путейцем в Круглом поле. На постоянную работу не брали из-за отсутствия российского гражданства. В период безработицы нанималась на работу на рынке. Отношения с сыном складывались хорошие. Выпивала «иногда...много не пила», по пол-литра с мамой, приезжавшей из деревни.

(Второй раз семейное окружение играет важную роль в становлении зависимости.)

Опоямлялась почти всегда, когда с матерью устраивали праздничные встречи. 03.12.04 г. и 04.12.04 г. выпивала два дня подряд, справляли день рождения. 05.12.04 г. и 06.12.04 г. выпивала водку на работе, «чтобы согреться», так как на работе было холодно. Последний раз принимала алкоголь 08.12.04 г. Из объяснения инспектора РДН следует, что...семью А. знает около 5 лет, характеризует очень плохо, постоянно у них скандалы, драки. Мать несовершеннолетнего пьет, раньше была наркоманкой. Мальчика знает тоже около 5 лет. Очень спокойный, учится хорошо... Из объяснения ОУР В., опросившего соседа М. Н.М., следует, что А. выпивает, к ней постоянно приходят пьяные мужчины.

Из показаний обвиняемой известно, что в 1999—2000гг. она переехала из Узбекистана к матери в г. Набережные Челны на постоянное место жительства. Раньше жила в г. Ташкенте Республики Узбекистан. Замуж вышла в марте 1988г. Через два года у нее родился сын Руслан. Семь лет жили нормально. Потом муж стал пить, и она решила с ним расстаться. В это время они жили в Оренбурге. Когда решила расстаться с ним, уехала в Ташкент.

После этого муж в январе 1993 г. повесился. К матери в 1999 г. она приехала вместе с сыном. Жили они вместе постоянно. Наркотики употребляла иногда, в неделю обычно 3 или 4 раза. Иногда могла заварить эту же «ханку», выпить ее как чай. Это она делала обычно в компании. Алкоголь начала употреблять только в г. Набережные Челны. Стала пить пиво, водку, в том числе и ту водку, которая продается с рук за 30р.

Стала пить вначале с матерью, потом пить с подругами по подъезду. Также пила иногда со знакомым Р. Пила не часто: один раз в неделю. С подругами могла выпить две бутылки на двоих. С матерью пили одну бутылку по пол-литра и одну бутылку 0,25 л на двоих.

В последний раз выпивала 8 декабря 2004 г. с матерью, когда та приехала из деревни получать пенсию. Мать по большей части проживает в деревне с сожителем. Ее сын Руслан не курит и не пьет. Он ругал ее и бабушку за выпивки. Решение об убийстве сына она приняла вечером 13 декабря 2004 г. после разговора с ним. Хотела убить его, чтобы избежать позора, чтобы о нем в школе не говорили, что он педераст или «голубой». Он сам об этом не знал. Она пришла к этому выводу, потому что видела, как из окошка проникали какие-то лучи. Потом эти лучи превращались в какую-то формочку в виде груши, кисть руки и еще в какие-то формы. Эти формы ползли сами, заползали по ногам женщин, под брюками у мужчин. «Руслану эта форма заползала при мне под штанину». Она догадалась, что форма заползла в попу, т. е. в **анальное отверстие** ее сына. Таким образом, при ней эти формы заползали Руслану в анальное отверстие три раза. Это началось 11 декабря 2004 г.

(Итак, спустя три дня после последнего приема алкоголя манифестирует острый интоксикационный психоз с картиной сложных истинных зрительных галлюцинаций.)

Эти формы заползали и в нее, т. е. пытались заползти во **влагалище**. Она поймала эту форму в обоих случаях, когда та пыталась проникнуть, выкинула ее в ведро, рвала на куски. После чего та переставала ползти. Эти формы и лучи запускают незнакомые люди с улицы. Она видела двоих молодых пацанов лет 16—17 и женщину-девушку лет 16. Вообще молодые ребята такого же возраста запускают эти формы всему дому. Они обычно стоят вечером вдалеке от дома возле деревьев. Она слышала, что два пацана разговаривали между собой. В этот момент она шла мимо них. Они говорили, что эти формы (они называют их «лоша-рики») получают у какого-то мужчины на переходе возле магазина Универсам.

(Истинные зрительные галлюцинации дополняются вербальными галлюцинациями.)

Она срывала эту форму с Руслана раза два. После чего вечером 13 декабря 2004 г. она решила на эту тему поговорить с сыном. Она объяснила ему ситуацию так же, как и при допросе. Он ответил, что если бы что-то было, то он обязательно бы увидел, а если об этом узнают в школе, ему будет плохо, его будут называть педиком. После этого она решила его убить, чтобы избавить от позора, а после убийства сына убить себя. Решила, что убьет его после того, как он уснет, потому что иначе он окажет ей сопротивление. Ее сын уснул около 23 ч 13 декабря 2004 г. Она же не спала до 4 ч 14 декабря 2004 г. Решила убить сына под утро, примерно в 4—5 ч утра 14 декабря 2004 г.

(Обращает на себя внимание пауза в несколько часов между принятием решения и его реализацией. О чем это может говорить? Как гипотеза - о значительном удельном весе в психопродуктивной симптоматике бредового компонента. Под воздействием устрашающих зрительных галлюцинаций пациенты, как правило, быстро совершают насильственные действия, являющиеся, по их мнению, защитными. При бредовом оформлении галлюцинаторных расстройств реализация защиты или нападение откладываются на некоторое время.)

Она взяла на кухне под столом топор, длиной около 35 см с деревянной ручкой, переходящей в металлическую ручку черного цвета, принесла его в зал. Руслан спал на кровати головой ко входу, лицом к стене. Она нанесла ему обухом два удара по голове в область затылка. Руслан проснулся и сказал: «Что ты, мама, делаешь?» Она ответила: «Ничего, лежи, спи». После этого она нанесла еще один удар в ту же область. Руслан вместе

с одеялом сполз на пол. Голова при этом у него лежала на одеяле и повернута была в сторону кровати или дивана, т. е. направо. В этом положении она нанесла Руслану еще 3 удара в височную область, ближе к уху. Он перестал шевелить руками. Она поняла, что он умер. После этого пыталась зарезать себя ножом, ударив себя больше 7 раз в живот. Образовались 3 большие раны и 4 маленькие и еще очень мелкие раны. Ножом не получилось убить себя, поэтому решила это сделать с помощью топора, ударив себе по голове 5 раз. От этих ударов потеряла сознание.

(Необходимо отметить, что суицидальная попытка была не демонстративной, а истинной. Состояла из нескольких тяжелых увечий, нанесенных самой себе.)

После чего часа через 3 «пришла в себя» и легла к Руслану. Рядом с ним уснула, проснулась около 10 ч 14 декабря 2004 г. Она положила под ноги Руслану клетчатое одеяло, накрыла его пуховым платком. Одеда ему шерстяные носки. Потом вытащила из-под головы сына одеяло. Выбрала на нем место посуше и положила на него голову Руслана. Потом голову поставила прямо. В это же время поправила язык Руслана, который у него был высунут изо рта. Полицию не вызывала, «скорую помощь» тоже, так как была уверена, что он умер. Из рапорта об обнаружении признаков преступления: 14.12.2004 г. в 11 ч обнаружен труп подростка 14—15 лет с признаками насильственной смерти. Рядом на полу сидела его мать. На лице и голове трупа обнаружены гематомы с кровоподтеками и пятна красно-бурого цвета на полу и одеяле. Возле телевизора лежал топор с такими же пятнами. Гр-ка А. пояснила, что это именно она убила своего сына, нанеся ему восемь или девять ударов по голове обухом топора. На вопрос, зачем она это сделала, пояснила, что Руслана изнасиловали какие-то лазерные лучи, и чтобы после этого его в школе не дразнили и не позорили, она его убила (рапорт об обнаружении признаков преступления). Из протокола задержания подозреваемой следует, что убийство сына совершила потому, что не хотела, чтобы его обзывали в школе педиком. К нему, с ее слов, приходил один мальчик и запускал лучи.

Соматическое состояние. Среднего роста, правильного астенического телосложения, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, лицо бледное, осунувшееся. Со стороны внутренних органов выраженной органической патологии не обнаруживается.

Неврологическое состояние: зрачки правильной округлой формы, реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию достаточные. Движения глазных яблок в полном объеме, язык — по средней линии. Рефлексы орального автоматизма отрицательные. Чувствительность кожи сохранная. Сухожильные и периостальные рефлексы умеренно оживлены, S=D. В позе Ромберга отмечается пошатывание, тремор кончиков пальцев рук.

Психическое состояние: сознание ясное. Правильно называет себя, текущий год, месяц и число. Знает, что доставлена на экспертизу для определения психического состояния. На вопросы врачей-экспертов отвечает тихим голосом, несколько замедленно, постоянно опуская лицо вниз. Многократно появляются слезы в глазах, периодически дрожат губы. Мышление и речь последовательные. Память сохранена, в том числе и на мельчайшие подробности содеянного криминального события. Речь и суждения несколько примитивные. Фразы строит короткие, скупко отвечая на поставленные вопросы. Соглашается с предъявленным обвинением, подтверждает, что совершила убийство своего сына, но при этом заявляет, что в первоначальных показаниях была не во всем права, так как тогда «гнала». Под этим словом понимает состояние психического расстройства, при котором помутился разум. Заявляет, что действительно слышала «голоса» со стороны улицы из соседних квартир, обсуждающих действия по совращению ее сына, видела своими глазами какие-то белые лучи, ползающие в виде полос, залезающие в задний проход сыну и ей во влагалище. Тогда считала, что эти «лучи» вызывали те люди, голоса которых она слышала. Сейчас понимает, что ей это «казалось» по болезни. Считала, что те люди хотят опозорить ее сына. Сейчас понимает, что это ей все привиделось и показалось, и те «голоса», которые комментировали ее действия, на самом деле не существовали. Рассказывает, что трижды пыталась вызвать милицию, чтобы милиция остановила действия «тех людей», но милиция не приезжала. Сообщает, что пыталась поговорить тогда с сыном и предостеречь его, но сын ей ответил: «Ты гонишь, поешь, ляг и отдохни». После этого и приняла решение об убийстве сына, так как поняла в то время, что сын не соглашается с ней и будет опозорен.

(Обратим внимание на очень важный момент в показаниях пациентки. Решение об убийстве она приняла после отказа сына согласиться с ее бредовыми доводами. Именно поэтому старые психиатры всегда предостерегают молодых коллег от попыток разубедить бредовых больных. Это не только невозможно по определению, но и опасно.)

Заявляет, что себя хотела также убить: «Зачем мне жить без сына?», — но нож «не входил в тело». Рассказывает, что убитого сына укрыла одеялом и двумя шалями, так как показалось, что он еще шевелится, может живой. Объяснить, почему же в таком случае не вызвала «скорую помощь», не может. О всех подробностях той ночи рассказывает с видимым трудом. Не соглашается, что заболела от пьянки, считая, что пила «как все». После подробного расспроса подтверждает, что в последние дни ноября и первую неделю декабря пила почти каждый день. При беседе вспоминает о двух черепно-мозговых травмах в течение жизни, по

поводу которых к врачам не обращалась и не лечилась. Спрашивает врача, не с этим ли связано то, что начала «гнать». Отрицает употребление наркотических препаратов в последние годы и в доказательство этого демонстрирует обе руки, на которых действительно отсутствуют следы свежих инъекций. Формально критична к перенесенным переживаниям, но с происхождением их в результате злоупотребления спиртными напитками не соглашается.

При патопсихологическом обследовании: вербальному контакту доступна. На вопросы отвечает последовательно, по существу, в плане заданного. Немногословна, активно в беседу не вступает. Поведение однообразно, взгляд устремлен в сторону, на собеседника старается не смотреть. Настроение подавленное. При затрагивании темы правонарушения, взаимоотношений с потерпевшим — легко плачет, сожалеет о содеянном. Считает, что выпивает «не так уж и много, могу раз в неделю выпить бутылку водки». В момент содеянного алкогольное и наркотическое опьянение отрицает, ссылается на частичное запомывание событий в тот период, не может объяснить мотивы своего поведения, «наверное, я не сознавала, что это мой сын, иначе бы я такого не сделала». Свои взаимоотношения с потерпевшим характеризует как «хорошие». Отмечает, что «были голоса, я с ними спорила». Жалоб активно не предъявляет.

Используемые методики: СМИЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности) — исследование индивидуально-психологических особенностей. Результаты обследования по методикам. Отмечаются ярко выраженные черты личности: аффективная ригидность, склонность к застреванию на фрустрирующих обстоятельствах с тенденцией к экстраполяции враждебных переживаний на окружающих, с формированием труднокорректируемых концепций и идей, подозрительность, обидчивость, эмоциональная неустойчивость, аффективная насыщенность переживаний, некоторое своеобразие и избирательность смыслового восприятия, ограничение социальных контактов, асоциальная направленность интересов, моральное огрубение. Актуальное состояние характеризуется чувством вины, сниженным фоном настроения.

Комиссия пришла к заключению, что А. А. Р. обнаруживает признаки синдрома зависимости от алкоголя с употреблением в настоящее время (активная зависимость), средней (второй) стадией зависимости, на фоне которой развилось временное психическое расстройство в виде преимущественно галлюцинаторного расстройства, сочетающегося с вторичным галлюцинаторным бредом того же содержания, вследствие употребления алкоголя в сочетании с синдромом зависимости от опиоидов, с воздержанием в настоящее время (ремиссией), средней (второй) стадией зависимости (F10.242, F10.52, F11.202 по МКБ-10). Данный вывод подтверждался анамнестическими сведениями о злоупотреблении спиртными напитками, в том числе в форме многодневного ежедневного пьянства (запоя), непосредственно предшествующего возникновению психотического состояния. По словам самой подэкспертной, она употребляла спиртное в конце ноября, с 3 по 6 и 8 декабря за 3-4 дня до появления «голосов» комментирующего характера и истинных зрительных галлюцинаций. По данным приложенной к уголовному делу характеристики, показаний соседей, объяснениям оперуполномоченного также следует, что сама испытуемая вместе с матерью часто принимала спиртное и ранее, в доме часто бывали пьяные мужчины. При патопсихологическом обследовании выявляются особенности личности, свойственные женскому алкоголизму: эмоциональная неустойчивость, аффективная насыщенность переживаний, ограничение социальных контактов, асоциальная направленность интересов, моральное огрубение. Спустя несколько дней после пятидневного пьянства у подэкспертной появляются истинные вербальные галлюцинации с экстрапроекцией, комментирующим содержанием крайне неприятного характера, сопровождающиеся отдельными изолированными истинными зрительными галлюцинациями в виде видений особого рода лучей - белых полос, передвигающихся и «заползающих» в интимные места тела сына и ее собственного. При этом, как следует из рассказа подэкспертной, данное состояние не сопровождалось помрачением сознания, сохранялась ориентировка в окружающей ситуации, времени, месте пребывания и собственной личности, с учетом чего ею и предпринимались действия и поступки, включая и сам факт убийства. Переживания и внешние обстоятельства нескольких дней, предшествующих убийству и сопровождавшие ночь правонарушения, сохранились в памяти полностью и воспроизведены подэкспертной на допросе у следователя и при настоящем обследовании, т.е. данное временное психическое расстройство не являлось алкогольным делирием. В то же время вследствие истинных вербальных и зрительных галлюцинаций у подэкспертной развилось кратковременное бредовое расстройство галлюцинаторного происхождения, содержание которого полностью соответствовало содержанию галлюцинаторных переживаний, носило характер острого быстро текущего вторичного бреда «морального осуждения» и определяло криминальное поведение подэкспертной. Поскольку в клинической картине на первом месте выделялись истинные вербальные и зрительные

галлюцинации, данное временное психическое расстройство следует квалифицировать как преимущественно галлюцинаторное. Факт попытки самоубийства подтверждается не только рассказом подэкспертной, но и результатами судебно-медицинской экспертизы. Следует отметить самокупирование данного временного психического расстройства в течение нескольких последующих дней и появление психогенно обусловленной субдепрессии как реакции личности на совершенный ею факт убийства собственного сына. Уровень снижения настроения не превышает невротический, пограничный и не требует специальных мер медицинского характера. Наличие синдрома зависимости от опиоидов в стадии ремиссии подтверждается самопризнанием подэкспертной фактов двухлетнего употребления раствора вытяжки мака с наличием типичной «ломки», с отрицанием употребления наркотического средства в течение последних лет. Учитывая все перечисленное выше, комиссия констатировала, что на момент совершения инкриминируемого деяния подэкспертная находилась в состоянии временного психического расстройства в форме преимущественно галлюцинаторного расстройства вследствие употребления алкоголя и не могла по своему психическому состоянию осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность, не могла руководить своими действиями. В настоящее время, учитывая самокупирование психического состояния, степень изменений личности, она может осознавать фактический характер своих действий и может руководить ими, может участвовать в судебно-следственных действиях и может давать по делу правильные показания. Учитывая наличие признаков синдрома зависимости от алкоголя средней степени, возникновение временного психического расстройства той же этиологии с особенно жестокими и опасными агрессивными действиями (убийством собственного сына), возможностью возобновления употребления алкоголя и возможностью повторения временного расстройства психической деятельности вследствие употребления алкоголя комиссия пришла к выводу, что в соответствии со ст. 21, 97 п. 1 «а», 99 п. 1 «г» УК РФ подэкспертная нуждается в применении принудительных мер медицинского характера в виде стационарного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, так как в соответствии со ст. 101 п. 4 УК РФ А. Р. по своему психическому состоянию с учетом возможной динамики основного психического расстройства в силу тяжести совершенного правонарушения представляла особую опасность для себя и других лиц и требовала постоянного интенсивного наблюдения.

Итак, в анамнезе мы встречаемся с тремя экзогенными вредностями — употреблением наркотических средств опийного ряда, алкоголизмом и травмой головного мозга (правда, не подтвержденной документально). В лучших традициях алкогольных психозов он развивается спустя три-четыре дня после запоя. У пациентки появляются истинные зрительные галлюцинации, сразу же нестандартные по своим проявлениям — лазерные лучи в виде особых белых полос. Параллельно воспринимался комментарий в виде вербального галлюциноза, растолковавший ей, что это — часть хитроумного плана опозорить ее сына через соращение его особым видом педерастии. Судя по всему главным «толкателем» совершенного убийства послужил не галлюциноз, а именно галлюцинаторный бред, т.е. суждения больной, интеллектуальная переработка переживаемых видений и голосов. В который раз мы встречаемся с «горем от ума». Только полное бредовое инобытие человека способно погасить материнский инстинкт. В выводах акта психоз назван преимущественно галлюцинаторным. Нам же представляется, что это был сложный галлюцинаторно-бредовый психоз, ибо конечный результат бредового представительства оказался решающим при совершении тяжелого деликта.

Случай 20. Ошибочная диагностика шизофрении? Наркомания?

Психические расстройства при наркомании

В руководствах по психиатрии, различных классификациях, учебниках и пособиях признаки психических заболеваний описаны понятно, четко и убедительно. Читаешь и думаешь, что все просто, запомни критерии и симптомы, и ты уже диагност. Но вот перед тобой предстает реальный, живой человек, и путаются симптомы, пересекаются мнения, не согласуются сведения из анамнеза и то, что предстает перед нашим взором. Ну, казалось бы, что проще клиники алкоголизма или наркомании? Твои соседи — Ваня, Петя, Сережа соображают на троих, опохмеляются и скандалят. Вот и алкоголизм. Четвертый — Игорь, дурашливо веселый, с бегающими глазами, расплывающейся улыбкой, торчащим из кармана одноразовым шприцом — наркоман! Не тут-то было!

Случай 20. Ошибочная диагностика шизофрении? Наркомания?

А.Р., 1976 г. рождения.

Анамнез со слов матери: отягощенность психиатрическими заболеваниями отрицается. Родился от 3-й нормально протекавшей беременности. У матери 1-я группа крови, резус отрицательный, у отца 1-я группа, резус положительный. Родился в срок, закричал сразу. Вес при рождении — 3100 г. Кормить принесли на 2-е сутки, выписан на 5—6-й день. Перенесенные заболевания на первом году жизни мать отрицает. Развивался по возрасту: к году начал произносить первые слова. Болел простудными заболеваниями, ветряной оспой. В детский сад пошел в 5 лет, ходил с удовольствием, «просил разбудить пораньше, чтоб не опоздать», с детства был очень общительный. Хорошо рисовал, лепил, участвовал в городском конкурсе «рисунок на асфальте», где среди участников школьного возраста занял второе место. До школы уже мог читать по слогам. В школу пошел в 7 лет. В начальных классах начал писать стихи, посвятив родителям, написал в те дни, когда родители на неделю выехали из города и оставили детей у бабушки, говорил, что «скучал». В начальных классах был ударником. В старших классах появились тройки. Учителя отзывались о нем так: «Талантлив, но лентяй». Дома пародировал учителей (мимику, речь), чаще тех из них, которых не любил. В 6—7-м классе около года посещал спортивную секцию восточной борьбы каратэ, после этих занятий стал «пожестче характером, до этого был мягким». В эти же годы несколько месяцев «участвовал» («состоял») в дворовых, подростковых группировках, но старался не выходить гулять на улицу — а только в школу. Просил, чтобы мать вызывала его только к отдельным друзьям — узкому кругу знакомых парней, в основном к одноклассникам, просто не хотел участвовать в деятельности этих группировок. Со слов матери, «если бы хотел, я бы не удержала». При этом она не называет его трусом, был трудолюбив, талантлив, общителен, защищал младших по возрасту ребят. «Даже сейчас многие ему верят и дают деньги в долг», «никогда не предает друзей». Считает, что Р. помягче по характеру, чем младший сын, тот — «сухой», только после армии я его не узнаю — это не мой сын. В 7—8-м классе увлекся игрой на гитаре, сам освоил азбуку игры, хорошо поет, имеет слух — «это наследственное — отец у нас хорошо поет». Увлекался жанром бардовской песни. Особого интереса к учебе не проявлял. Самостоятельно в 14 лет в дни летних каникул работал на заводе. В 15 лет после 8-го класса ушел из школы и устроился работать на этот завод, хотя родители и желали, чтобы он продолжал учиться, «просто не захотел». Зарплату приносил матери, работал хорошо, быстро схватывал все, отзывались о нем хорошо, сам в отсутствие мастера чинил станки, всегда приезжал и возвращался на завод с матерью, ждал окончания ее рабочего дня.

(Мы видим, что преморбидно наш пациент был совершенно здоров, общителен, весьма эмоционален, отличался разносторонними интересами, активностью. Что же случилось дальше?)

В 18 лет охотно пошел служить в ряды Вооруженных сил. Вначале предложили служить в структуре МВД, охранять осужденных где-то в Сибири, но Р. отказался. Был призван служить в строительную часть г. Казани. Отношения с сослуживцами были хорошие, часто просили играть на гитаре. Во время службы нередко ездил на выходные домой. В один из приездов сильно заболел, несколько дней пролежал в больнице г. Набережные Челны с высокой температурой и диагнозом: острый гнойный бронхит. Со слов матери, имелась выписка и все анализы. В эти дни из части несколько раз приезжали посыльные в связи с тем, что вовремя не вернулся в часть.

По возвращении к нему отнеслись со слов матери, [как к дезертиру], «в одних трусах поместили в обезьянник с бетонным полом, хотя у сына сохранялась субфебрильная температура, где якобы его били и он терял сознание»; его заставляли проходить «сквозь строй», когда каждый солдат должен был его ударить. Мать упомянула имя майора Ганзова, кабинет которого сын якобы убирал в одних трусах на глазах у всех — и женщин, и гражданских служащих, после в наручниках поездом отправили служить в г. Самару, где служили ранее осужденные солдаты. Над сыном стали издеваться уже сами солдаты, «могли ударить половыми досками по голове», угрожали, если будет жаловаться, заставляли сбежать из части за водкой.

(В начале развития болезненного состояния, со слов матери, имел место факт неуставных отношений и как следствие — побег из армии.)

Из Самары сын сбежал и вернулся домой. Со слов матери, голова вся была в засохших от крови корочках. Мать сводила сына в военкомат, где он написал объяснительную, указал, что служить не отказывается, просто хочет поменять место службы, войсковую часть, при этом указал причины. В военкомате, со слов, обещали разобраться. Но все оставалось по-прежнему, домой постоянно приходил участковый милиционер, чтобы забрать сына, родители скрывали и не выпускали его. В эти дни больной неоднократно пытался покончить жизнь самоубийством (первая попытка суицида была в 1995 г.), вскрывал себе вены, начал употреблять спиртные напитки, «буянил дома», «без видимой причины стал драться». Приглашенный на дом терапевт посоветовала обратиться в ПНД, чтобы не потерять сына. Р.Р. находится на диспансерном наблюдении ПНД с 1995 г., когда

стал замкнутым, уединялся, был агрессивен к родным, говорил, что в нем 2 человека, что он «шизофреник». Неоднократно совершал суицидальные попытки, пытался вешаться, выброситься с балкона, отказывался от еды. С 1997 г. многократно (12 раз) госпитализировался в ПНД г. Набережные Челны. Вначале с диагнозом: «мозаичная психопатия. Стадия декомпенсации», в дальнейшем с диагнозом: «шизофрения». Госпитализации были связаны, как правило, с конфликтами в семье, агрессивным поведением в отношении родных, часто провоцируемым приемом алкоголя либо токсичных средств. При поступлении в стационар 22.04.97 г. принимал вычурные позы, в беседе с врачом заявлял, что он набирает силу от сатаны, что он слуга сатаны — «просатанус», что сатана отдает ему приказы «отрезать ухо человеку, перерезать горло ножом, ножом убить мать этого человека». После проведенного лечения психотическая симптоматика купировалась.

(Что это? Психотический эпизод приступообразно-прогредиентной шизофрении или психоз вследствие употребления психоактивных веществ?)

В дальнейшем госпитализировался ежегодно, многократно (всего 12 раз). На протяжении развития болезни в клинической картине отмечались дефицитарные психопатоподобные расстройства, где ведущее место занимали нарастающая холодность к родным, грубость, оскуднение морально-этических качеств. Во время конфликтов угрожал родным: «Всех убью, сам повешусь». Поддерживающее лечение не принимал. Из дома уносил и продавал вещи. С домашними был малообщителен, конфликтен, часто дрался с отцом и братом, угрожал физической расправой. Ходил по квартире голым, нюхал клей «Момент», бился головой о стол, разбивал себе лицо.

(Что это? Изменения личности по типу психопатоподобного дефекта в рамках эндогенного психического расстройства или нарастание личностных изменений у токсикомана-наркомана?)

Госпитализировался в психиатрический стационар, привозили связанного. При этом угрожал родным, заявлял, что он — дьявол, что разорвет их. С 08.02.03 г. Р.Р. находился в мужском отделении ПНД с диагнозом: шизофрения с приступообразно-прогредиентным течением, отягощенная токсикоманией, умеренный психопатоподобный дефект, экзарце- бация в виде дисфорического синдрома (F20.01). Был госпитализирован психиатрической

бригадой скорой помощи из дома в связи с агрессивным поведением в отношении отца. Психическое состояние при поступлении: сознание не помрачено, ориентировка всех видов полная. Руки грязные. Плохо побрит. Настроение сниженное. Гипомимичен. Раздражителен. Мышление последовательное. Ответы в плоскости задаваемых вопросов, негативистичны. Эмоционально холоден. Сказал, что не любит родителей. Со злостью говорит о них. Отрицает, что душил отца. Обвиняет родителей в том, что отобрали деньги и ключи от дома. Признается, что периодически нюхает клей для настроения. Уплощен. **Бреда** активно не высказывает. Обманы восприятия отрицает. Из постановления известно, что 07.02.03 г. Р.Р., находясь в состоянии токсического опьянения, устроил скандал в отношении своего отца А. Р.С., в ходе которого схватил его руками за шею и, с силой сдавливая ему горло, высказывал в его адрес словесную угрозу убийством. Из показаний отца в уголовном деле известно, что его сын Р.Р. после того, как вернулся из армии в 1995г., сильно изменился: стал «токсикоманить» — нюхать клей «Момент», стал вести себя неадекватно, свои действия плохо контролирует. Это обострялось при «токсикомании». У Р. были видения, он разговаривал сам с собой, считал себя дьяволом. Иногда становится агрессивным, когда ему недостаточно дозы клея, начинал высказывать угрозы физической расправы в адрес всех членов семьи и даже несколько раз избивал отца и мать. Последнее время Р. «токсикоманит» почти каждый день. 07.02.03г. утром в 7ч Аглиев Р.С. проснулся от криков Р., который выражался нецензурной бранью в его адрес. Открыв дверь туалета, он завидел Р., который сидел на унитазе, а на голове у него был пакет. Аглиев Р.С. понял, что он опять нюхает клей. На его просьбу прекратить сын вновь выразился в его адрес нецензурной бранью и стал ходить по комнате с пакетом на голове. Аглиев Р.С. начал вызывать скорую помощь, но Р. вырвал у него телефон, нанес один удар кулаком по лицу, пытался ударить ногами по телу. Затем, навалившись на отца своим телом, уронил его на пол, схватил двумя руками за шею и с силой сдавил горло, при этом сказал, что убьет его. Аглиев Р.С. стал звать на помощь. Его крик услышала соседка из квартиры № 5 дома 48/03, которую он попросил вызвать милицию. Услышав, что вызвали милицию, Р. оделся и ушел. Когда он вернулся, был задержан сотрудниками милиции (протокол допроса Аглиева Р.С.).

Неврологическое состояние. Без знаков грубых локальных органических поражений ЦНС. Сухожильные рефлексы сохранены, D=S, парезов нет. В позе Ромберга устойчив, отмечается тремор век. Психоневрологические пробы (ПНП) выполняет.

Соматическое состояние. Рост средний. Телосложение правильное. Кожа чистая, физиологической окраски. На внутренней поверхности левого предплечья множественные старые рубцы линейной формы (последствия самопорезов, нанесенных после побега из армии, когда скрывался, боялся, что за ним придут). «Не хотел жить», - со слов подэкспертного. Шрам в области левой кисти. Пульс 80 ударов в минуту. Патологии внутренних органов не отмечено.

Психическое состояние: ориентирован верно, внешне спокоен. Беседует охотно. Знает о цели экспертизы. Мышление последовательное, среднего темпа. Внимание привлекается и удерживается. Память на текущие события сохранна. Эмоционально однообразен. Мимика вялая, настроение свое оценивает как хорошее. Голос ровный, монотонный. В отношении инкриминируемого ему правонарушения сообщил, что в то время дышал клеем «Момент», из-за чего у него с отцом возникла ссора. В ходе ссоры отец ударил гитарой по голове, отчего гитара разбилась, отец продолжал избивать его фрагментами гитары, бил кулаком, поранил ему кисть левой руки. Защищаясь, он, «чтобы припугнуть отца», схватил его за ворот, при этом пережимал одеждой его шею. Когда отец стал хрипеть, отпустил его, оделся и ушел. Позже был задержан сотрудниками милиции. О противоправности и наказуемости собственного поступка знает, сожалеет о содеянном. Говорит об этом весьма формально, сухо, без соответствующих эмоциональных проявлений.

В семейных конфликтах обвиняет родителей, которые высказывают ему много претензий, чем «уже достали». Свое пристрастие к вдыханию клея объясняет тем, что нравится его запах. Критика к болезни отсутствует. Обманов восприятия, бредовых высказываний на момент проведения экспертизы не выявлено. Комиссия пришла к заключению, что у Р. обнаруживаются признаки хронического психического расстройства, шизофрении параноидной формы, с эпизодическим течением, с нарастающим дефектом психопатоподобного типа, осложненного токсикоманией. Согласно постановлению суда от 16.05.03г. взят на принудительное лечение в м/о ПНД (с 27.05.03г. по 29.12.03 г.), в настоящее время находится на амбулаторном принудительном лечении. Дома поддерживающую терапию не принимал. Последняя госпитализация с 03.04.04 г. по 30.04.04г. с тем же диагнозом. Госпитализирован также по скорой помощи, дома продолжал нюхать клей, мать ругала, вышел из дома, на стройке хотел повеситься; с веревкой на шее вернулся домой, со слов, сняли с петли прохожие мужчины. В приемном покое жаловался на слабость. В отделении беспокоен, неусидчив. Просит назначить снотворные, но не галоперидол. Выражение лица усталое, осунувшееся. Голос негромкий, но уверенный, жесткий. Движения резкие. Острой психопродуктивной симптоматики не обнаруживает. Фон настроения снижен, ближе к дисфоричному. Скрывает употребление психоактивных веществ. Высказывается: «Я на лечение пришел сам, чтобы родители могли отдохнуть, надоело все, не хочу так жить, уйду из дома, буду снимать квартиру, мать пилит, на шабашку выйду». Себя психически больным не считает. В последующих беседах сообщил, что во время службы начал пить, потому что служил с осужденными, там все пили. При этом тягу к спиртным напиткам отрицает. Рвотный рефлекс сохранен. В компаниях старается себя вести серьезно, со слов, ему важно мнение других людей о нем. Однократно года 4—5 назад попробовал героин путем внутривенного введения, со слов — не понравилось. Повторно употребил клей уже на следующий день. Употребляет его систематически. Состояние опьянения нравится, сообщает, что «видит, общается со своими погибшими двумя близкими друзьями». При этом отрицает какую-либо зависимость, тягу к психоактивному веществу. Нюхает якобы «назло родителям, от нечего делать». Психопродуктивной симптоматики не обнаруживает. В поведении отличался доступностью, общительностью, с большим удовольствием и активно участвовал в художественной самодеятельности — выступал на концертах пациентов с бардовской песней, явно обнаруживая большое желание в сольном пении. Участвовал в постановках кукольного театра, много и часто репетировал. Приходил на репетиции из дома, сам активно предлагал программы выступления.

(В связи с появившимися сомнениями в наличии хронического эндогенного психического заболевания, пациент был представлен в июне 2004 г. на расширенный консилиум, с участием профессора кафедры психиатрии Государственного медицинского университета. Был пересмотрен диагноз шизофрении и установлен диагноз наркомании с выраженными изменениями личности вследствие употребления психоактивных и токсических веществ.)

В 2005 г. вновь был привлечен к уголовной ответственности. Из постановления известно, что А. Р.Р., 1976г. рождения, 19.03.05г. около 17ч, находясь дома, на почве личных неприязненных отношений, устроил скандал в отношении своего отца Аглиева Р.С., в ходе которого схватил в руку нож и замахнулся им в сторону последнего, при этом говорил «Я тебя убью!». Угрозу убийством отец воспринял реально. При проведении освидетельствования на АСПЭ в психическом состоянии отмечалось, что подэкспертный — в ясном сознании,

все виды ориентировки у него сохранены. Двигательно спокоен. Контакт доступен. Внешний вид неряшливый. В беседе расторможен, многословен, дистанцию соблюдает. Анамнестические сведения сообщает не всегда последовательно, перескакивая с одного на другое, приходится задавать наводящие вопросы. Отвечает чаще по их существу. Поверх свитера висит крестильный крестик: «Я покрестился... просто укрепить веру решил... просто я думаю, что Иисус Христос — наш Гхподь». За ремнем брюк носит потрепанную книжку, достает ее — это «Евангелие от Иоанна». Раскрывает, начинает цитировать, читая с листа из разных мест, не ожидая просьб или вопросов. Речь несколько ускорена, словарный запас обиходный. Говорит громко, скандировано, монотонно. О себе говорит с переоценкой. Жалоб не предъявляет. Цель и задачи проводимой экспертизы определил так: «Признать, вменяемый я или невменяемый, чтоб после суда лечь мне в больницу или в тюрьму». Себя психически больным не считает: «Хочу, чтоб признали вменяемым». Госпитализации в ПНД объясняет: «Я потому, что клей «Момент» нюхал... мне и доктор сказал, что мне здесь делать нечего». Мимика бедная. Внимание несколько неустойчивое. Память без грубых нарушений. Мышление ускоренное с соскальзываниями, склонен к рассуждению. Интеллект сохранен. Активную галлюцинаторно-бредовую продукцию выявить не удается. Эмоционально однообразен, холоден. В судебно-следственной ситуации ориентируется. Обвиняют: «119-я, говорят... что-то кого-то послал... отца, вроде бы». Вину свою отрицает: «Я не ругался ...не угрожал... я вообще человек спокойный, артист я, артист... на гитаре играю... спросите за меня здесь, в этой больнице вам скажут, что я даже мухи не обижу». На основании изложенного в связи с расхождением клинического диагноза, вынесенного в ходе осмотра совместно с профессором (изменения личности вследствие употребления психоактивных веществ), с диагнозом «шизофрения», с которым подэкспертный многие годы наблюдался в ПНД, амбулаторная судебно-психиатрическая экспертная комиссия рекомендовала проведение стационарной судебной психиатрической экспертизы для вынесения окончательного диагностического суждения и решения экспертных вопросов. В мае-июне 2005г. в течение двух месяцев находился на стационарной СПЭ в Казанской РКПБ, где был установлен диагноз органического заболевания головного мозга смешанной этиологии (травма + интоксикация); в отношении инкриминируемого деяния Р. был призван вменяемым. Из последних дневников амбулаторной карты известно, что 27.02.06 г. обратился самостоятельно. Сознание ясное. Контакт продуктивный. Ориентирован верно. Эмоционально лабилен. Внимание удерживает. Мышление последовательное. Сообщает, что находится под следствием. Без острой психопродукции. В дневнике от 3 апреля 2006г. говорится о ясном сознании, продуктивном контакте, верной ориентировке. На вопросы отвечал спокойно. Но при вопросе о зависимости от токсических веществ тербит шапку нервно, поглаживает ее. Мышление последовательное. Ездит в командировки, шабашит.

Мы закончили длительное путешествие по истории болезни Р. Нашему молодому коллеге представлены проявления заболевания, фиксированные на страницах подлинной истории болезни, а также диагностические суждения о наличии эндогенного психического заболевания и иные суждения — об изменениях личности вследствие наркомании и токсикомании. В начале этой главы мы поставили знак вопроса, но считаем также полезным оставить знак вопроса и в конце ее. Читатель должен сам изменить вопросительный знак на точку, ибо мы должны учиться размышлять, а не копировать готовое знание.

Случай 21. Психоз при соматическом поражении мозга, легких и миокарда

Острые инфекционно-органические психозы

Данная патология — типично экзогенная патология и довольно легко диагностируется, если врач-психиатр внимателен при соматическом осмотре. Нужно помнить еще несколько практических моментов, например доставку больных, как правило, в вечернее или ночное время, когда нарушения сознания достигают пиковых значений.

Случай 21. Психоз при соматическом поражении мозга, легких и миокарда

А. Р., 1980г. рождения.

07.09.2006 г. ночью была доставлена бригадой скорой помощи из детской городской больницы, где находилась по уходу за больным двухгодовалым ребенком. Со слов врача скорой помощи выяснено, что сегодня стала неадекватной в поведении, заявляла, что у нее

уменьшается рост, кости, появляются дырки в голове. Мать пациентки дала информацию врану скорой помощи, что у нее (пациентки) стрессовая ситуация, ушел муж. Скорую помощь вызвал медицинский персонал детской больницы. Указаний на отравление нет. Соматический статус: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожа физиологической окраски, без сыпи. Лимфатические узлы не увеличены. Слизистые оболочки чистые. Сердечные тоны ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Неврологическое состояние: без очаговой патологии.

Психический статус: сидит на кушетке неподвижно, широко раскинув руки и ноги. Взгляд застывший, устремлен вниз. На вопросы не реагирует, не отвечает. Внезапно начала медленно с застывшим взглядом сползать с кушетки, но была подхвачена санитарками, прослеживается демонстративность. При исследовании соматического состояния стала разговаривать, плаксиво заявлять, что она заболела. Просит, чтобы ее всю прощупали. На предложение пройти в стационар никак не реагировала. При проведении санитарками в отделение не шагала, поджала под себя ноги, повисла на руках, громко стонала. С предварительным диагнозом «реактивный психоз с конверсионными включениями, соматопсихической деперсонализацией, дебют эндогенной патологии?» была госпитализирована в неотложном порядке. Утром следующего дня сестра сообщила дополнительные сведения: больной около 2—3 нед. назад был сделан аборт по медицинским показаниям, после чего она жаловалась на боль в ногах, не могла ходить. По рекомендации знакомой медсестры принимала бисептол, прикладывала лист лопуха к суставам, все прошло. На момент осмотра больная жалоб на самочувствие не предъявляет. Лежит в постели, глаза закрыты, покрыта потом. Вся одежда мокрая. При обращении к ней открывает глаза, находится в состоянии легкого оглушения, на вопросы отвечает не сразу, после некоторой паузы. Вялая, пассивная, обессиленно закрывает глаза. Соматический статус: общее состояние средней степени тяжести. Ранним утром отмечался однократный подъем температуры до 39,8 °С. После одной таблетки анальгина температура упала до нормальных значений. Кожные покровы бледные, глаза запавшие, темные круги вокруг глаз. Кожа теплая, влажная. Зев чистый. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальные симптомы отрицательные. После срочного обсуждения случая была констатирована психосенсорная симптоматика, что вызвало подозрения на наличие какого-то острого процесса (типа энцефалита) или тяжелой интоксикации мозга. С диагнозом «Вирусный энцефалит? Сепсис?» пациентка переведена в инфекционную больницу для исключения инфекционной патологии. Из приемного покоя инфекционной больницы ее переправляют в БСМП для исключения острой гинекологической патологии. Ее осматривает дежурный гинеколог и исключает гинекологическую патологию. Там же делают анализ крови, при котором обнаруживают легкую анемию (эритроциты 3700, незначительный лейкоцитоз - 7300 и 100% токсическую зернистость лейкоцитов). Несмотря на это вновь переправляют в психоневрологический диспансер. Осматривается в приемном покое главным врачом, который констатирует выраженный астенический синдром без психопродукции, общую слабость, бледность кожных покровов, обнubilацию сознания. Температура в норме. По договоренности с начмедом инфекционной больницы вновь переправляется в приемный покой с подозрением на острый инфекционный процесс. В течение суток в отделении реанимации инфекционной больницы диагностируется пневмония, спустя еще пару дней — септическая пневмония с множественными метастазоподобными очагами воспаления в обоих легких. Проводится лечение самыми современными и мощными антибиотиками, пневмония купируется. Но через 10 дней от начала лечения развивается острый инфекционный эндокардит, проявляющийся признаками сердечной недостаточности. В анализе крови — картина развернутого сепсиса. 21 сентября, спустя ровно две недели после начала острого психоза, проконсультирована в отделении реанимации психиатром. При осмотре — отечность лица, шеи и ног. Кожные покровы бледные. Одышка в покое, усиливается при разговоре. Сообщает, что в двадцатых числах августа ей был сделан «большой» аборт, в поздние сроки беременности (19 нед). Спустя два дня она начала интенсивно худеть, и у нее заболели ноги и суставы. Прикладывала лопухи, боль прошла. В день госпитализации в ПНД, находясь в детской больнице, она внезапно ощутила, что у нее «вытекают руки и ноги, вся она вытекает». Обратилась к медсестре и сказала ей, что к концу дня она вся вытечет и станет размером с ребенка. Одновременно ощущала в голове какие-то дырки и почувствовала, как «челюсть вошла в голову» и перестал открываться рот. Находясь в ПНД, ночью с открытыми

глазами видела цветные картинки. Ей вдруг показывались герои диснеевских сказок — мышь, утенок. Показывались быстро и резко: «Хоп и картинка, хоп и другая». Картинки были застывшие, не шевелились, мелькали, как кадры в диафильме. Об этом не рассказывала врачам и сестрам в ПНД, боялась, что сочтут совсем за ненормальную. После перевода в инфекционную больницу таких картинок и необычных ощущений уже не испытывала. Рассказывает о пережитом осторожно, заглядывает в глаза врачу, переспрашивая несколько раз, не сошла ли с ума. Вспоминает о ребенке, оставшемся на попечении родственников, плачет, переспрашивает, когда сможет выписаться, выздоровеет ли.

Итак, спустя всего один-два дня после прерывания беременности на позднем сроке, что само по себе является ситуацией патогенной, у больной развивается сепсис. Вначале вовлекаются суставы, затем легкие, сердце, ткани мозга. В дебюте септической пневмонии развивается острый инфекционный психоз. Можно дискутировать по поводу септических «метастазов» в ткань головного мозга, но фактом остается скоротечный острый психоз с массивными психосенсорными расстройствами (аутометаморфопсиями) и экзогенно-органическим зрительным галлюцинозом с экстрапроекцией. Госпитализация в психиатрическое учреждение связана именно с острым психическим расстройством. Обращало на себя внимание в соматическом состоянии: резкий подъем температуры тела и такое же резкое падение от минимальной дозы анальгетика. Бледность и цианоз кожных покровов, выраженная слабость, вплоть до невозможности ходить. Характер переживаний позволил психиатрам заподозрить острый мозговой процесс только основываясь на клинической картине психоза. Промедление терапии неминуемо привело бы к летальному исходу. В чем особенность случая? Ночная доставка больной. Извечный страх интернистов перед пациенткой с психическими нарушениями и действия по принципу «От себя».

Особыми вариантами инфекционных психозов являются энцефалитические психозы как осложнение течения основного заболевания. Один из таких уникальных случаев автору удалось наблюдать и принимать участие в лечении больной с брюшнотифозным энцефалитическим психозом. Начиная с 1804 г. И.И. Пятницким, а затем А.Г. Гурко (1886 г.) описываются психозы и «беспамятство» при брюшном тифе. Это инфекционное заболевание в прошлые века протекало очень тяжело, и среди тысяч случаев болезни, конечно же, должны были появиться осложнения со стороны психической сферы уже в силу тяжести страдания. Рагоза и Канценович в 1,17% случаев отмечали развитие психозов и в 0,8 % случаев — менингоэнцефалитов. Обычно в остром периоде вторичного брюшнотифозного энцефалита появляются психосенсорные нарушения, зрительные галлюцинации, нарушения сознания, депрессивные расстройства, вторичные бредовые идеи преследования или виновности, возникающие на депрессивном фоне настроения. Э. Крепелин называл брюшнотифозные психозы астеническими и прослеживал развитие астенической спутанности на стадии выздоровления. С.С. Корсаков изучал развитие полиневритической формы психозов с псевдореминисценциями, содержанием которых были похороны самого больного или его близких. Случевский считал, что для брюшного тифа характерно развитие заторможенности, оглушения, астении. Делирий, развивающийся на второй неделе заболевания, быстротекущий, **аментивный синдром**, по его мнению, более характерен для пятой недели заболевания. Ири затяжном течении психоза формируется психоорганический синдром. Неврологические проявления брюшнотифозного энцефалита — дрожание рук, пальцев, фибриллярные подергивания губ, аритмичные хореоформные движения рук, скрежет зубами и жевательные движения, т.е. подкорковые гиперкинезы. На одном из первых мест **брюшной тиф** стоит в качестве этиологического фактора острой мозжечковой атаксии. Массивными бывают вегетативные нарушения: задержка и недержание мочи, уменьшение саливации, сухость языка, выпадение волос. В доступной литературе нам не встретилось описания клинических случаев брюшнотифозных психозов с выраженным аментивным синдромом.

Случай 22. Брюшнотифозный психоз с аменцией

К. О.В., 1951 г. рождения, студентка IVкурса Душанбинского политехнического института. Поступила в С. ОПБ№1 1 февраля 1973 г.

Из анамнеза известно, что наследственность не отягощена. Отец — рабочий, на момент поступления дочери в стационар — пенсионер по возрасту. По характеру добрый, отзывчивый, мягкий, очень внимательный к своим детям. Мать по профессии — фельдшер. Заботливая, общительная, добросердечная женщина. Родилась в одном из поселков Свердловской области здоровым доношенным ребенком. Раннее развитие соответствовало

возрастным нормам. Перенесла коклюш, ветряную оспу. Росла живой, подвижной, очень общительной девочкой. В школу пошла с семи лет, училась хорошо, подолгу готовила домашние задания, переживала за каждую полученную тройку. Имела много подруг, охотно делилась с ними своими детскими секретами, огорчениями и радостями. После окончания школы поступила в Политехнический институт г. Душанбе, где проживала ее сестра. В институте училась хорошо, помогала своим сокурсникам в подготовке и сдаче экзаменов и зачетов. Весьма активно участвовала в общественной жизни студенчества. В 1971 г. за активное перевыполнение плана по сбору хлопка в трудовом семестре получила денежную премию.

(В преморбиде мы отмечаем абсолютно «чистый лист», ни единой пометки нет на жизненном пути О.)

В сентябре-октябре 1972г. вновь была на уборке хлопка. 23 октября 1972 г. у О. появились головная боль, высокая температура. Лечение принимала амбулаторно. На 9-й день от начала заболевания поступила в Душанбинскую инфекционную больницу уже в тяжелом состоянии. Был диагностирован **брюшной тиф**, который был подтвержден положительной реакцией Видаля в титре 1\800. Была проведена массивная дезинтоксикационная терапия и два курса лечения левомецитином. На 10-й день госпитализации появилась желтушность кожных покровов, и врачи диагностировали токсический гепатит. На 22-й день пребывания в больнице (шел 31-й день болезни) температура пришла в норму. Через 2 нед. состояние вновь резко ухудшается, температура повышается до 40 °С. При посеве вновь выявляется культура бактерий брюшного тифа. Уже на 2-й день заболевания внезапно появляются психические и неврологические нарушения: резкая головная боль, неоднократная рвота, гиперкинезы головы и атетоидные движения пальцев рук. Появляется атаксия туловища, походка пьяного человека, дугообразное изгибание спины, судороги мышц рта с кривой улыбкой.

(Итак, мы отмечаем симптомокомплекс грубого поражения вещества мозга, в основном подкорковых образований, мозжечка, общемозговые нарушения как проявления гипертензии.)

Затем возникло возбуждение, выбегала из палаты с криком, что убивают мать, рядом лежащую больную принимала за нее, утверждала, что мать подменили. Пять суток не спала, на одежде своей матери видела пиявок, кричала о том, что идет бактериологическая война. Сверху сыпались микробы в виде зеленых шариков, которые падали на белье, одежду простыни.

(Мы понимаем, что эти психические нарушения являются проявлениями инфекционного делирия, с истинными зрительными **галлюцинациями**, острым чувственным бредом.)

О. «видела» передвижения лампочек, находящихся на потолке, ножки стула, раздвигающиеся в разных направлениях, изменения человеческих лиц, то стареющих, то молодеющих. Говорила, что у окружающих ее людей перемещаются зубы, на бровях матери наклеены кусочки бумаги.

(В клинической картине возникают психосенсорные нарушения, явления дереализации.)

Ощущала изменения в собственном теле, рука становилась чужой, затем появлялось три руки (метаморфозии и нарушения схемы тела). На стенах палаты видела маленьких кувыркающихся человечков (галлюциноз Лермитта, или мезенцефалический педун- кулярный галлюциноз, встречающийся при локальных поражениях среднего мозга). Видела сцены атомной войны, разрывались бомбы, земля распадавалась на части, гибли миллионы людей. При кормлении через зонд заявляла, что пьет мозги ученых, уничтожая этим самым гениев человечества (разворачивается картина масштабного онейроидного помрачения сознания с депрессивным содержанием переживаний). На 6-е сутки с момента развития психических нарушений беспокойство и возбуждение сменились сонливостью, заторможенностью. Подолгу сидела или лежала в одной позе с застывшим взглядом. Впоследствии рассказала своей матери, что в тот период чувствовала, будто падает в глубокую шахту. В шахте видела людей в серебряных скафандрах, похожих на космонавтов. Испытывала ощущение полета в космосе. «Вернувшись из космоса», видела, как испытывали реакторы, заставляли ее тушить пожар.

(Итак, мы констатируем, что в течение короткого времени развился классический онейроидный синдром с масштабными космическими переживаниями, ощущениями полета и отрешенностью как основным проявлением данного вида помрачения сознания).

С падением температуры снизилось настроение, начала бояться окружающих медсестер и врачей. Слышала голоса угрожающего содержания. Испытывала страх, считая, что мужчины должны положить ее на железный лист и проткнуть ее тело палками. Из Душанбинской инфекционной больницы была выписана с нормализацией

температуры, но в психотическом состоянии. По дороге домой казалось, что ее везут в милицию. Дома оставалась вялой и малоподвижной. Войдя в дом, подолгу разглядывала каждую вещь, припоминая и узнавая заново знакомые вещи. Все 9 дней пребывания дома была беспомощной, обращалась с вопросами, что же с нею происходит, была ли она в Душанбе, почему у нее плохо соображает голова.

(Мы фиксируем начало возникновения астенической спутанности, проявляющейся в начале становления спутанности сознания феноменами интеллектуальной недостаточности, беспомощности и растерянности.)

Слышала со двора «голоса» своей подружки и медицинских сестер инфекционной больницы. Просила родителей, чтобы они отрубили ей голову. Спрашивала, почему двигаются лампочки. Была очень чувствительна к громким звукам, изменению температуры тела и окружающей среды, яркому свету. 1 февраля, на 98-й день от начала заболевания, О. поступает в С. ОПБ №1.

В соматическом состоянии врачи фиксируют повышенное питание, смуглые кожные покровы, выраженную мраморность голеней и стоп. Обнаруживались стрии на брюшной стенке и в подвздошных областях, влажность ладоней и стоп. Единичные сухие хрипы в легких. Приглушенные тоны в сердце, АД 115/65 мм рт. ст. Легкая болезненность в правом подреберье, печень вытупала на 2 см из-под правого подреберья.

В неврологическом статусе: легкий двусторонний птоз, вялость зрачковых реакций, ослабление конвергенции больше справа. Парез отводящей мышцы глаза больше справа. Положительный симптом Маринеску—Родовича слева. Брюшные рефлексы не вызываются, коленные и ахилловы отсутствуют. Выраженная атаксия в положении стоя и сидя. Мелкий тремор головы, отдельные хореоформные гиперкинезы в руках и туловище, резко нарастающие при люмбальной пункции. Тремор головы. Влажность кожных покровов, гипомимия лица.

Общие анализы крови и мочи — без изменений. Посев крови — отрицательный. Реакция Видаля (21.02.73 г.) — положительная в титре 1/1600. Анализ ликвора: давление нормальное, цитоз — 2 в 1 мм³. Реакция Нонне—Апельта слабоположительная. Реакция Панди положительная.

Заключение ЭЭГ: на обзорной ЭЭГ преобладают признаки диффузных изменений электрической активности. Отмечаются непостоянные двусторонние локальные фокусы патологической активности в теменно-височной области, а также ЭЭГ-признаки, указывающие на «заинтересованность» подкорковых областей, с единичными пароксизмальными разрядами эпилептиформного типа. Глазное дно: на глазном дне левого глаза перикапиллярная атрофия сетчатки, небольшой склеральный конус. Оба диска бледные со слегка ступенчатыми контурами. Имеются признаки бывшего застоя на глазном дне в стадии обратного развития.

Психическое состояние в динамике: вялая, безучастная, беспомощная. Часами лежит в постели, сидит в однообразной позе. Передвигается с большим трудом, походкой пьяного человека. С недоумением смотрит на собеседника, часто повторяет последние слова вопросов, обращенных к ней. Ответы односложные, с большим опозданием. Не понимает, где находится, иногда называет женское отделение милицией. Путается в определении года, месяца и числа. Жалуется на сильную головную боль: «Трудно соображать, путаются мысли». Не сразу узнает мать и отца. Долго вглядывается в детали одежды своего отца и говорит при этом: «Ботинки папины, рубашка папина, глаза, как у папы, а кто это?» Ищет у матери родимое пятно на руке, только после этого соглашается, что перед нею мать.

(Итак, мы констатируем астеническую спутанность, основные симптомы которой в данном случае - ассоциативные нарушения, явления дезориентировки во времени, нарушение узнавания близких родственников, при невозможности мышления синтезировать единый образ отца по отдельным признакам, присущим самому близкому человеку.)

Настроение снижено. Очень чувствительна к шуму и прикосновению. Периодически слышит «голоса» осуждающего характера. На потолке видит силуэты измененных человеческих лиц, кружочки разных диаметров, спрашивает, почему передвигаются лампочки. Сообщает врачу, что в Душанбе ее хоронили, но похоронили только ее душу, а она сама смогла убежать, боится, что ее вновь будут хоронить (тема похоронных дел типична для брюшнотифозных психозов). Боится заходить в ординаторскую, заявляя, что ее ведут на казнь, сопротивляется манипуляциям и инъекциям. В процессе проводимого лечения отмечался литический, медленный выход из состояния помраченного сознания. Постепенно начала более уверенно отвечать на вопросы, сначала отрывочными фразами, междометиями. Постепенно фразы удлинялись, паузы укорачивались. Пониженный фон настроения постепенно менялся на гиперестезию, плаксивость, нерезко выраженную

субдепрессию. Часть болезненных переживаний запомнила. До конца пребывания в отделении жаловалась на трудности при выполнении интеллектуальных операций. Получала лечение преднизолоном по схеме, курс антибиотикотерапии (олеандомицином), общеукрепляющую, дегидротационную и дезинтоксикационную терапию, рассасывающую терапию — курсом бийохинола, минимальную нейролептическую терапию хлорпроксетином. Через два с половиной месяца выписана из психиатрического стационара. По данным анамнеза известно, что в первые годы после данного заболевания отмечались выраженные вегетативные нарушения, проявляющиеся в виде нарастающего ожирения, потливости, вегетососудистой лабильности, периодически возникающих **головных болей**, частых астено-невротических нарушений. О. не закончила учебу в институте (не смогла продолжать обучение). Проживала с родителями.

Итак, при анализе данного случая следует констатировать прежде всего несвоевременное лечение, что привело к затяжному лихорадочному периоду более чем на 30 дней. После двухнедельного перерыва наблюдается рецидив (вторая волна) брюшного тифа, осложнившийся грубой неврологической и психопатологической симптоматикой. В остром периоде возникшего осложнения основного заболевания появились общемозговые нарушения (**головная боль**, рвота, нарушения сна), очаговые органические симптомы поражения подкорковых областей мозга и мозжечка (гиперкинезы, **атаксия**, глазодвигательные расстройства, снижение сухожильных рефлексов, вегетативные нарушения). Особо следует акцентировать, что именно очаговые неврологические нарушения позволяют достоверно диагностировать развитие брюшнотифозного энцефалита не только по психопатологической картине, типичной для поражения срединных структур мозга. Одновременно с неврологическими расстройствами возникает делирий с устрашающими множественными истинными зрительными и истинными иного характера (педункулярный галлюциноз) **галлюцинациями**, психосенсорными нарушениями, расстройствами схемы тела, дереализацией и соматической деперсонализацией. Затем делирий переходит в иное помрачение сознания — с заторможенностью, созерцательным отношением к сценopodobным, подвижным, ярко окрашенным галлюцинациям с космически-драматическим содержанием переживаний. Такое онейроидно-фантастическое нарушение сознания, по мнению Шмарьяна, Кагановской, Залкинда, Лермита, характерно для патологии структур среднего мозга. Онейроид переходит постепенно в астеническую спутанность. Нарушение ассоциативного процесса являлось главным психическим расстройством на протяжении всего периода пребывания в психиатрической больнице, с послаблением симптоматики в последние дни пребывания. На фоне астенической спутанности отмечались фрагментарные **бредовые** и галлюцинаторные переживания с характерной для брюшнотифозных психозов похоронной тематикой и депрессивным аффектом. Выход из психотического состояния происходит медленно через период затяжных астено-депрессивных расстройств. На протяжении последующих месяцев и первых лет после перенесенного психотического состояния формируется астенический вариант психоорганического синдрома (выраженное органическое расстройство личности вследствие перенесенной нейроинфекции, F07.06 по МКБ-10). В целом диагноз следует формулировать так: острый инфекционный психоз вследствие брюшнотифозного энцефалита с делириозно-нейроидно-аментивным помрачением сознания, осложнившийся развитием астенического варианта психоорганического синдрома (F06.816, F07.06 по МКБ-10).

Случай 23. Сосудистая деменция

Психические нарушения при сосудистых заболеваниях мозга

Типичные случаи сосудистой деменции встречаются настолько часто и клиническая картина их настолько хорошо описана, что лишает нас необходимости подробно останавливаться на теоретическом освещении этой патологии. Закономерная смена астенического синдрома на психоорганический, а затем формирование типичной лакунарной деменции — вот тот синдромокинез, который мы рассмотрим в представляемом сейчас случае.

Случай 23. Сосудистая деменция

Б.А.П., 1942 г. рождения.

18.03.5 г. поступила по направлению участкового психиатра. В ПНД обращается впервые, пенсионерка по возрасту.

Анамнез: со слов больной и ее мужа известно, что наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в Башкирии в сельской местности в семье рабочих младшей из 8 детей. Двое старших братьев погибли на фронте. Отец умер, когда, больной было 8 лет. Воспитывалась матерью. Жили в рабочем поселке, где больная закончила 10 классов общеобразовательной школы. Уехала в Свердловскую область, где окончила филиал Свердловского машиностроительного техникума, работала конструктором. В 1964 г. вышла замуж, родила двоих детей (сына в 1967г., дочь в 1971 г.). Всей семьей в 1977 г. приехали в Набережные Челны, работала инженером-конструктором на ПРЗ, затем на Агрегатном заводе. В 55лет вышла на пенсию.

(Мы не отмечаем никаких особенностей в «чистом» преморбиде нашей пациентки.)

Первые проявления настоящего заболевания отмечались после выхода на пенсию, тяжело перенесла потерю работы, «чувствовала себя ненужной». Появились перепады настроения, слезливость, раздражительность, обидчивость.

(Отмечаем развитие астенического симптомокомплекса с типичными аффективными нарушениями, раздражительностью, обидчивостью, теми отличительными чертами, которые характерны для сосудистой астении, называемой еще «псевдоневрастической»).

На фоне артериальной гипертензии, изменений сосудов атеросклеротического характера к аффективным нарушениям присоединялись расстройства внимания, речи, отмечалось нарастание интеллектуально-мнестического снижения, больная стала неловкой, забывчивой, не справлялась с повседневными обязанностями.

(Начинается клиническая картина мнестических нарушений, что знаменует становление психоорганического синдрома, который усугублялся присоединением психотических переживаний. Нарастание амнестических расстройств происходит в точном соответствии с законом Рибо.)

Больная обвиняла мужа в неверности, приводила нелепые доводы, заявляла, что «женщины караулят» ее мужа под дверями подъезда, «вешаются» на него, что соседка Татьяна каждую ночь ночует в соседней комнате, жаловалась дочери, что муж «уходит гулять с бабами». Периодами вела себя беспокойно, прятала свои вещи, мотивируя тем, что

«ходят разные люди, могут утащить», вскакивала ночами, начинала собираться в деревню, «в дом престарелых».

(Появился малосистематизированный бред ревности и уцерб, бред малого размаха, очень характерный для сосудистой патологии и психических расстройств позднего возраста.)

Часами могла беспричинно плакать. В последний год состояние значительно ухудшилось, в результате чего больная утратила адаптацию в быту и обществе. Наблюдается у невропатолога по поводу «дисциркуляторной энцефалопатии сложного генеза, цереб- росклероза». Впервые к психиатру обратились в марте 2005 г. с жалобами на «провалы в памяти, перестала дома готовить еду, стала плаксивой, раздражительной, перекладывает вещи с одного места на другое...». Направлена на лечение и решение вопроса трудовой, социальной (дееспособность) экспертизы в дневной стационар.

Соматическое состояние: среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Симптом «покалывания» отрицательный с обеих сторон.

Неврологическое состояние: ЧМН — ослаблена конвергенция. Сухожильно-периостальные рефлексы живые, D=S, парезов нет. В позе Ромберга покачивается. Координационные пробы выполняет неуверенно. Движения в шейном отделе ограничены, болезненны.

Психическое состояние: в отделение пришла в назначенный день в сопровождении мужа. После приглашения вошла в кабинет робкой, неуверенной походкой. Сознание не помрачено. Села на предложенный стул. Испуганно огляделась. Предъявляет жалобы на трудности «понимания», трудности выражения своих мыслей, формулирования фраз, предложений, плохую память, периодические головные боли. На протяжении всей беседы держится сжато, напряженно, временами волнение перерастает в видимую дрожь, суетливость.

Ориентирована в собственной личности (правильно называет свое имя, отчество, фамилию), долго не может вспомнить год рождения, свой возраст не называет. Не знает текущую дату (число, месяц, год), считая, что на улице зима, февраль месяц: «...снег потому что лежит...». Понимает, что пришла в больницу «что-то полечить», профиль учреждения, специальность врача не назвала. Настроение неустойчивое. Эмоциональный фон, мимика быстро меняются в зависимости от темы разговора; робкая улыбка, волнение, растерянность, сопровождающие многие ответы, сменяются грустью, слезами, когда больная все же признается, что стала «какой-то не такой... забывчивой», внезапно в выражении лица появляется оттенок раздражения, недовольства, с обидой произносит в адрес мужа: «... ну что, избавился от меня...». Внимание привлекается, неустойчивое, в ходе беседы очень быстро истощается. Контакт носит несколько избирательный характер. Больная старается отвечать на вопросы, касающиеся ее жизни, детей, мучительно вспоминая даты, путая отдельные события, растерянно смотрит на мужа, ища его поддержки.

(Фиксируются проявления лакунарной деменции в виде снижения кратковременной памяти, интеллектуальных функций, уровня абстрагирования, присоединения грубых аффективных нарушений, но остаточной сохранностью стержня личности.)

Проявляет уклончивость, формальность в ответах, касающихся ее переживаний. Отрицает многие заявления мужа, утверждая, что ночами она хорошо спит, что не испытывает тревоги и находится всегда в хорошем настроении, категорически отрицает «вспышки раздражения, сцены ревности» в отношении мужа. Смущенно признается, что с трудом понимает смысл многих обращенных к ней вопросов, забывает многие слова, названия отдельных предметов, в связи с чем не может сформулировать ответ, построить предложение.

(Очень важная характеристика состояния — больная с сохранной долей критики отмечает не только ухудшение памяти, но и снижение интеллекта.)

В то же время заявляет, что самостоятельно может добраться до больницы, вернуться домой, при этом не знает, в какой именно находится больнице. Утверждает, что сама занимается хозяйством по дому. Мышление замедленное со снижением продуктивности. Отмечается грубое снижение всех видов памяти. Больная недостаточно критична к своему болезненному состоянию. Острой продуктивной психопатологической симптоматики на момент обследования не выявляется.

(Врачи диагностировали сосудистую деменцию с психотическими включениями в виде паранойяльного малосистематизированного бреда ревности и ущерба, F01.91.)

Проходит чуть меньше года, амбулаторно принимает хлорпротиксен, мезапам. Почитаем запись в амбулаторной карте от 10 февраля 2006 г.: «Со слов мужа ведет себя спокойно, иногда стремится куда-то уехать. По ночам спит. По заданию мужа выполняет дома элементарную работу, справляется с ней плохо. Когда волнуется, муж дает ей дополнительно новопассит.

В психическом состоянии: сознание не помрачено. Текущую дату и профиль диспансера назвать не может. Сидит на стуле, прижавшись к мужу. Фон настроения достаточный. Жалоб сама не предъявляет. На задаваемые вопросы смущенно улыбается, оглядывается на мужа, ища поддержки. Еще через 8мес. картина ухудшается. Перед нами запись в амбулаторной истории болезни от 10.10.06 г.: «На приеме в сопровождении мужа. Жалобы на головную **боль**, плохую память. В сознании дезориентировка всех видов. Не смогла назвать свое имя. Делает мучительное выражение лица — пытается вспомнить, при этом вздыхает. Мужа не узнает, имя его не вспоминает. Не всегда понимает вопросы. Пытается повернуться в сторону мужа за ответом, но не может сформулировать суть вопроса. Мышление тугоподвижное. Все виды памяти резко снижены. Эмоции бедные. Критика отсутствует.

При анализе случая обращает на себя внимание не просто сохранность ядра личности до самых выраженных проявлений болезни, а сохранение синтонности, апелляция больной к мужу, окружающим, врачам в поиске помощи, что проявляется в частом употреблении врачом слов о «смущении», «робкой улыбке», «растерянности», «грусти». Дневник врачей часто бывает формальным и пустым. Но иногда ограненным алмазом мелькнет фраза, рисующая больного выпукло, ярко, энергичным мазком замечательного художника. Вот в предпоследнем дневнике мы читаем коротенькую фразу о том, что больная «сидит на стуле, прижавшись к мужу». Сразу перед глазами встает образ беспомощной старой женщины, вызывающей сочувствие и жалость. Врачу понятна и симпатична эта женщина, она несомненно вызывает сочувствие. Больная с сосудистой

патологией не отгорожена от нас, даже наличие бреда малого размаха не отодвигает ее от «нашего мира», не делает ее в чем-то непонятной, в чем-то инакой.

Следующий случай, относящийся к разделу сосудистой патологии мозга или осложнений от этих заболеваний, представляет интерес не только чисто клинический, но и как пример «работы над ошибками». Конечно, никто не гарантирован от ошибок, такова природа человеческого разума, отличающегося от абсолютно безошибочного божественного провидения. Делом чести является бескомпромиссное признание ошибки и проведение работы по определению ее причин. Итак...

Случай 24. Психоз при тромбозе эндокардите. Работа над ошибками

Б. О. П., 1946 г. рождения, поступила в стационар 10.12.99 г. переводом из БСМП с направительным диагнозом «болезнь Альцгеймера». Из выписного эпикриза БСМП известно, что находилась там на лечении в течение 2 нед. по поводу ЖКБ, хронического холецисто-панкреатите, обострения (просим прощения у коллег за многочисленные сведения о соматической сфере, без них в данном случае нельзя обойтись). На УЗИ от 29.11.99 г.: печень у края реберной дуги, контуры ровные, паренхима однородная. Общий желчный проток расширен до 1,3 см. В терминальном отделе — конкремент диаметром 1 см. Желчный пузырь: стенки утолщены, до 1,3 см, «трехконтурные». В полости множество конкрементов. Поджелудочная железа явно не увеличена, экзоструктура уплотнена. УЗИ от 02.12.99 г.: почки расположены обычно, контуры ровные. Паренхима однородная с толщиной 1,7 см. ФГДС от 01.12.99 г. — хронический атрофический гастрит. Окулист от 02.12.99г.: гипертоническая ангиопатия.

КТ головного мозга от 08.12.99 г.: признаки ангиоэнцефалопатии. В полости черепа, вдоль костей определяются рассеянные мелкие очаговые обызвествления (мелкие кальцинаты). На срезе 19 определяются фрагменты внутренней каротидной артерии с обызвествлением стенок.

Кардиолог от 08.12.99 г.: ИБС, нарушения ритма, частые политопные желудочковые экстрасистолы. Симптоматическая артериальная гипертензия. Атеросклероз аорты — недостаточность клапанов аорты, ИК 1—2а. Не исключается застойная пневмония. ДН1—2.

Психиатр 08.12.99 г.: Болезнь Альцгеймера.

На момент выписки: t — 36,7°C, Нь 94 г/л, СОЭ 41 мм/ч, L 9,4, п. 1, с. 85, э. 0, м. 3

Из анамнеза со слов больной: считает себя заболевшей с августа 1999 г., когда перенесла ОРЗ, несмотря на летний сезон. Была «на больничном листе», пыталась выйти на работу, но из-за слабости не смогла приступить к работе, снова ушла «на больничный лист». Другие анамнестические сведения последовательно сообщить не смогла. Из анамнеза со слов мужа известно, что всегда была спокойной, веселой, общительной и деловой женщиной. В течение последних шести месяцев близкие стали замечать, что она с трудом справлялась с домашними делами, часто жаловалась на слабость. Бралась за приготовление обеда, но растерянно смотрела на продукты, не зная, что с ними делать. Забывала названия простых предметов домашнего обихода, стала замкнутой, малословной. Однажды сказала, что неизлечимо больна и никто ей не поможет. С августа 1999 г. практически не работала, была «на больничном листе» в связи с ОРЗ несколько раз, а в ноябре госпитализирована в хирургическое отделение БСМП по поводу холецистита. В хирургическом отделении состояние резко ухудшилось — была растерянной, разговаривала с трудом, подбирая слова, никак не среагировала на рождение внука. Коллеги по работе рассказывали ему, что обычно веселая, разговорчивая и компанейская в последние шесть месяцев стала замкнутой, сдержанной. С трудом справлялась с работой, долго раздумывала над записями в карточках, которые прежде всегда писала быстро. Из осмотра терапевтом 15.12.99г. следует, что жалоб больная не предъявляет. Объективно оценивает состояние как удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Лимфоузлы не увеличены. АД 200/100мм рт. ст. Тоны сердца ясные, аритмичные, частые экстрасистолы ~ 20 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Живот спокоен, стул и диурез в норме. Неврологический статус: глазные щели одинаковые. Движения глазных яблок в полном объеме, конвергируют. Носогубные складки симметричные, язык по средней линии. Сухожильные рефлексy живые,

вызываются с обеих сторон одинаково. Пальценосовую пробу выполняет точно. В позе Ромберга устойчива. ЭКГ от 20.12.99 г.: ритм синусовый, частые экстрасистолы. Рубцы задней стенки, рубцы передне-боковой стенки; t — кривая — все дни в пределах нормы, вечером 12 января однократный подъем температуры до 38,2 °С. МР-томография от 12.01.2000 г.: срединные образования не смещены. Боковые желудочки расширены, асимметричны. Сильвиев водопровод проходим. Субарахноидальные пространства и конвексительные борозды расширены. Очаговые изменения

в веществе головного мозга не выявлены. Гипофиз в размерах не увеличен. Стволовые структуры без особенностей. Заключение: МР-картина смешанной гидроцефалии. УЗ-доплерография интракраниальных сосудов от 19.01.2000г.: Транстемпоральный доступ — мозговые артерии справа и слева не лоцируются. Структуры головного мозга не дифференцируются, эластичность мозговой ткани снижена. В левой височной области участок пониженной эхогенности с нечеткими контурами, средним диаметром 25 мм (либо в срез попал расширенный отдел тела левого бокового желудочка или очаг размягчения). Трансокипитальный доступ: правая позвоночная артерия: скорость кровотока 0,58 м/с — норма. Левая позвоночная артерия: скорость кровотока 0,51 м/с — норма. Основная позвоночная артерия: скорость кровотока в проксимальном отделе 0,47 м/с — норма, в дистальном — 0,60 м/с — норма. Протокол патопсихологического обследования от 23.12.99 г.: в сознании, личностная ориентация достаточная. Внешне неопрятная. В рамках психологического эксперимента на выявление интеллектуального развития характерно крайне замедленный темп мышления. Внимание рассеянное, слабо привлекаемо. Главное выделить затрудняется. Умозаключения отличаются отсутствием практичности, житейского и социального опыта. Репродуктивная функция памяти снижена. Снижена способность усваивать новое, забывает то, что знала раньше. Заключение: уровень интеллектуального развития соответствует умственной отсталости средней тяжести (?).

(Корректно ли врачу оценивать выводы психолога? Но, думается, что правильнее было бы писать не о развитии, а о снижении интеллекта — ведь возраст 53 года!)

Психический статус в динамике: при поступлении в стационар спокойна, бездеятельна, несколько растеряна. На вопросы отвечает после длительных пауз, односложно. Не может назвать текущую дату, говорит, что сейчас октябрь, точное число не помнит, так как уже давно «на больничном листе». Не может назвать свой возраст, но правильно называет год рождения. После долгих раздумий и подсчетов сообщает, что ей уже 60 лет. Не помнит год рождения дочери и мужа. Не может сказать, когда последний раз была на работе. С трудом держит ручку в руках, с трудом написала своцФ.И.О., обдумывала каждую букву. Почерк угловатый, между буквами большое расстояние. Сама отмечает, что стала плохо писать, что с памятью стало плохо. Обеспокоена этим, говорит, что еще хотела бы поработать до пенсии. Походка медленная, свободная. Жалуеться на слабость. Внешне неопрятна, безразлична к своей внешности. Выражение лица безучастное, взгляд тусклый. Внимание привлекается с трудом. Отвечает односложно, не всегда по существу. Голос тихий, тембр - монотонный. Словарный запас бедный, с трудом строит простые фразы. Не знает, где она находится. Не может назвать текущую дату. Не может сообщить, кто приходил к ней только что. Не смогла вспомнить имена сослуживцев по работе. Сообщает, что хотела бы избавиться от слабости. Через десять дней после поступления остается бездеятельной, за собой не следит и не моется. Держит в руках зубную щетку, не зная, что с нею делать. В беседе с трудом подбирает слова, растерянно улыбается. На просьбу рассказать, как она будет жарить блины, долго собиралась с мыслями, а затем стала говорить, что сначала раскалит сковороду, положит жир, а потом будет делать тесто, для которого возьмет много растительного масла и подливку. Продолжает говорить, что не сможет работать из-за слабости. Спустя месяц в дневнике отмечается повышенная сонливость. Утром не может сама вспомнить, что нужно умываться. Жалуеться, что правой рукой не может держать ложку, просит персонал помогать при кормлении. 19 января осмотрена консультантом-неврологом, к.м.н. В. Л.К., которая рекомендует в своей записи исключить вирусный энцефалит, проведение люмбальной пункции для исключения герпетического поражения мозга. На следующий день переводится в инфекционную больницу.

В инфекционной больнице находилась трое суток. При поступлении в приемном покое дежурный врач описывает больную как очень слабую, вялую. В контакт вступает неохотно. Речь односложная. Заторможена. В пространстве и времени ориентирована. Сонлива.

(Коллеги-инфекционисты любезно предоставили свою историю болезни, записи в которой позволяют нам расставить все точки над i.)

21 января 2000 г. была осмотрена совместно с начмедом больницы. Состояние оценивается как тяжелое. Температура 37,8 °С. Определяется легкая сглаженность левой носогубной складки. Правая рука слабее. Со слов больной, со дня заболевания стала удерживать все левой рукой. Ходит с трудом, медленно. С диагностической целью сделана люмбальная пункция. Был выставлен предварительный диагноз менингоэнцефалита, вторичный вирусный. Была начата очень интенсивная инфузионная терапия зовираксом по 250мг, вливания физиологического раствора реополиглюкина, рибоксина, панангина до 600 мл капельно. На следующий день состояние незначительно улучшилось. Температура нормализовалась. Утром 22.01.2000 г. охотно разговаривает, самостоятельно встала. *

Сходила в туалет, отказывается от еды, пьет достаточно. Повторно проведена инфузионная терапия в том же составе лекарственных средств — до 600мл в/в. 23 января с утра дежурным врачом зарегистрировано ухудшение, усилились **головные боли** и появилась сильная одышка. В 11.20 часов утра переведена в реанимационное отделение. В сознании, не- сколько неадекватная. Со слов больной, мочилась мало. Стало хуже после капельных инфузий (600 мл за сутки). Высказывает жалобы на нехватку воздуха, боли в эпигастрии и нижней части грудины. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-серого цвета. Одышка смешанного характера. В легких в задненижних отделах мелкие влажные хрипы. Пульсация сосудов шеи, набухание вен. Тоны сердца приглушены. На ЭКГ, снятой и в 12.00 ч, — синусовый ритм, частые политопные экстрасистолы. Признаки острого повреждения (инфаркта) миокарда в задненижней области, переднеперегородочной области неопределенной давности. Диагностируется острая фаза инфаркта миокарда, сердечная астма, менингоэнцефалит неясной этиологии. В 13.15 того же дня отмечается остроразвившаяся клиническая картина бурного отека легких. Серые губы, одышка, обилие влажных хрипов по всем полям легких. Все срочные реанимационные мероприятия вплоть до семикратной дефибрилляции безуспешны. В 14.10 24.01.2000 г. констатирована смерть.

Клинический диагноз: Ишемическая болезнь сердца, крупноочаговый инфаркт миокарда (нижней стенки, острая фаза, двусторонняя полисегментарная пневмония. Осложнение: острая левожелудочковая недостаточность, отек легких. Сопутствующее: менингоэнцефалит неясной этиологии. Хронический холецистит. Анемия средней степени тяжести.

Патолого-анатомический диагноз. Основное заболевание — тромбознокардит. Осложнения: разрыв измененных хордальных нитей одной из сосочковых мышц двухстворчатого клапана, недостаточность аортального клапана. ИБС. Острый верхушечный и нижнедиафрагмальный инфаркт миокарда. Постинфарктный кардиосклероз. Инфаркт правой почки. Инфаркт селезенки. ОНМК по ишемическому типу в правой лобной области. Отек мозга. Гидроперикард. Асцит. Двусторонний гидроторакс.

Сопутствующие заболевания: двусторонняя полисегментарная пневмония. Очаговый отек легких. Очаговые интраальвеолярные кровоизлияния. Обострение хронического пиелонефрита. Хронический холецистит. Обострение ЖКБ с пролежнями в слизистой и следами гноя между камнями. Гипертоническая болезнь.

Гистологическое исследование головного мозга: выраженный отдельный периваскулярный отек. Васкулит. Спазм сосудов, отек стенок сосудов.

Патолого-анатомический эпикриз. Больная страдала тромбознокардитом, по-видимому, вследствие отрыва тромботических масс и оседания тромбов в ряде органов у больной возникли тромбозноболические осложнения: инфаркт миокарда, ОНМК, инфарктпочки и селезенки, которые и привели к смерти.

Анализируя этот случай, мы с горечью должны констатировать, что двойная ошибка произошла из-за забвения одного из главных принципов К. Ясперса — *непредвзятости в работе психопатолога*. Что такое *непредвзятость*? Умение всегда по-новому, свежим взглядом, отойдя от схем, установок, диагнозов предыдущих врачей и клиник оценить феноменологию болезни. Впервые диагноз Альцгеймера был выставлен врачом-консультантом БСМП при довольно беглом, поверхностном осмотре пациентки, наверняка под давлением врачей-хирургов, которым хотелось как можно быстрее избавиться от «непрофильной» больной. Психиатрический диагноз, кем бы он ни выставлялся, имеет свой неповторимый и непонятно чем подкрепляемый авторитет. Об этом можно писать отдельный роман. Один раз поставленный диагноз шизофрении действительно способен испортить судьбу человека, так как снять данный диагноз, подвергнуть ревизии выводы и суждение предыдущих врачей, очень непросто. Ну, а что же с данной больной? В отделение поступает больная с болезнью Альцгеймера, с массой соматических заболеваний. Ее консультирует терапевт, ей снимают ЭКГ, подтверждают ИБС и рубцы перенесенных инфарктов. Но лечат не сосудистую патологию мозга, а неуклонно-

нарастающее слабоумие. А ведь в клинике этого псевдослабоумия отсутствуют типичные альцгеймеровские симптомы. Нет аграфии, нет апраксии. Есть выраженная астения, есть критика, есть сохранность высших человеческих личностных качеств. Кто знает, как бы сложилась судьба больной, если бы мы сразу начали интенсивную терапию сосудистой патологии мозга, зная и понимая, что инфаркт мозга, выявленный при патолого-анатомическом исследовании, — есть только осложнение основного заболевания. Может быть, массивная терапия гипотензивными средствами, гемопротекторами на фоне антикоагулянтной терапии смогли бы предотвратить фатальный исход. Второй раз предвзятость сыграла роковую роль уже в диагностировании инфекционистами несуществующего менингоэнцефалита. Запущенный с легкой руки консультанта, диагностированный в первый день в предположительном порядке менингоэнцефалит после проведения люмбальной пункции (не давшей, кстати сказать, существенных данных за него) был установлен как клинический диагноз и начата массивная противовирусная терапия, включая трансфузионную. Как справедливо заметила сама больная, ей «поплохело» сразу же после капельниц. «Наводнение» сыграло роковую роль в генезе повторного последнего инфаркта миокарда, приведшего к быстро нарастающему отеку легкого и смерти.

Случай 25. Болезнь Альцгеймера

Мы познакомимся со случаем болезни Альцгеймера сразу же после разбора тяжелого финала лечения предыдущей пациентки, познакомимся в том числе и потому, что первоначальный и клинический диагноз этой пациентки был именно болезнью Альцгеймера. Это заболевание в советской психиатрической школе рассматривалось более узко как пример пресенильной, эндогенно обусловленной деменции с типичной патолого-анатомической картиной, своеобразной клинической картиной, отличимой от сенильной и сосудистой деменции, а в западной психиатрии заболевание рассматривается более широко, при этом критерии размываются, почти все случаи старческого и предстарческого слабоумия, многие случаи атеросклеротической деменции относят к болезни Альцгеймера.

Важность же отличия сосудистой деменции от болезни Альцгеймера мы только что узрели при рассмотрении предыдущей истории болезни. Что характерно для болезни Альцгеймера в соответствии с отечественной психиатрической школой? <

Случай 25. Болезнь Альцгеймера

С. З.Е., 1921 г. рождения.

Анамнез из амбулаторной карты: живет в поселке сельского типа, вдвоем с мужем, имеет 3 сыновей, которые имеют свои семьи. Закончила педагогический институт, работала директором школы. В настоящее время — пенсионерка. Впервые обращалась к психиатру 18.12.87 г. с жалобами на нарушение сна, снижение памяти, страх остаться одной дома. Нерезкое снижение памяти наблюдается в течение последних 5 лет.

(Отметим, что первые психические нарушения начались на шестьдесят втором году жизни, через пять лет больная обратилась к психиатру с жалобами на нарушение памяти, ухудшение сна, страх, т.е. инициальный период заболевания - астенические расстройства и мягкое снижение памяти — начался задолго до стационарного уровня симптоматики.)

С марта 1988 г. регулярно посещала участкового психиатра, принимала реланиум, амитриптилин, галоперидол, пирacetam. Отмечалось некоторое улучшение, приходила на прием самостоятельно. В октябре 1988 г. стала запирается дома, испытывала страх, перестала ходить в магазин, так как не могла найти дорогу. На приеме беседовала по существу, была ориентирована. 28.11.88 г. была на приеме с мужем, со слов которого, «совсем ничего не понимает». Была направлена на стационарное лечение.

Из анамнеза (со слов мужа): закончила педучилище в Елабуге и педагогический институт в Казани. На пенсии с 56 лет. Нарушение памяти отмечает в течение последнего года, стала забывчивой, не могла найти вещи, которые сама же убирала. Но дома все делала, ходила в магазины, готовила. В августе 1988 г. не стала оставаться одна дома, везде ходила с мужем, говорила, что одной ей страшно. В октябре резко изменилась, не могла заниматься домашними делами, не следила за собой, стала часто есть, говорила, что голодна. В конце ноября вытащила из

печки горячие угли, сложила их в плошку, собиралась есть, перестала спать ночами, складывала вещи в узлы, куда-то стремилась, говорила «нелепости».

Имеет 3 сыновей, 4-й погиб в 1977 г. в автокатастрофе. Одна из 8 сестер больной умерла, «такой же слабоумной стала». Другая из сестер дважды поступала в ПНД.

(Оценивая полученные данные объективного анамнеза, следует прежде всего обратить внимание на наследственную отягощенность — у двух сестер были психические заболевания, причем у одной — слабоумие, а у второй диагноз неизвестен. Вторая особенность анамнеза, данного мужем, — значительное расхождение в оценке времени появления нарушений памяти. Субъективно больная отмечала нарушения памяти за пять-шесть лет до госпитализации, со слов же мужа - только в последний год. О чем же это говорит? Объективные проявления амнезии скрывались внешне упорядоченным поведением в первые годы болезни и оставались для мужа незначимыми.)

Находилась на стационарном лечении с 30.11.88 г. по 03.01.89 г. В стационаре при поступлении отмечался следующий психический статус: эмоционально лабильна, войдя в кабинет, расплакалась, говорит о каких-то деньгах, которые пропали. Текущую дату не знает. Где находится? — «В институте или техникуме». Врача называет делопроизводителем или учеником. Сколько времени здесь находится — «да как вызвали, так сразу и приехала».

(Итак, с первых строчек прочтения психического состояния, описанного при поступлении больной, мы фиксируем дезориентировку во времени, месте пребывания, окружающей обстановке. В собственной личности ориентирована верно, о чем имеется упоминание впоследствии.)

Считает, что все находящиеся здесь люди — учителя. Правильно написала свои Ф.И.О. Говорит, что работала она директором школы — «С Нового года на пенсии». Правильно назвала домашний адрес, но не смогла вспомнить имена сыновей, их возраст. «Они рождались каждые 2 мес.». Не знает, когда была Великая Отечественная война, революция — «Да ведь это не каждый теперь знает». 7 ноября — «конец всей работы», 1 мая — «первый шаг Советской власти». 100— 7=106. На вопрос, не в больнице ли она находится, отвечает отрицательно.

Психический статус в стационаре в динамике: приведена в сопровождении персонала. По приглашению села на стул. Дезориентирована в месте и времени, себя называет правильно, возраст не знает. По просьбе написала правильно свои Ф.И.О., но долго сосредотачивалась, почерк изменен, буквы неровные.

(Отмечается не только амнестическая дезориентировка, но нарушения почерка, что именуется аграфией; в сочетании с элементами апраксии, акалькулии дает основание предполагать наличие болезни Альцгеймера.)

Не может вспомнить имя мужа, затем сказала — Степан. Не могла вспомнить имена сыновей. Говорит, что живет она в пос. Татарстан, на улице Калинина. Революция была в 1919 г., война — «это каждый знает, началась 25 мая, закончилась в январе». С трудом вспомнила, что преподавала русский язык. Не знает, кто такой Александр Сергеевич. На вопрос — кто такой Пушкин, ответила — «это уж каждый с детства знает». $2 \times 2 = 4$; $2 \times 3 = 6$; $6 \times 7 = 9$. Часто отвечает невпопад, теряет мысль. На лице почти постоянная улыбка. Критики к своему состоянию нет.

(Отсутствие критики и неадекватный эмоциональный фон также более типичны для тотальной пресенильной деменции, чем для сосудистого слабоумия.)

Но сказала «Вы наверное меня за ненормальную принимаете, но ведь правильно рассказываю». В лице врача, с которым увиделась впервые, узнала знакомого, с которым встречалась «раза два». Врачи констатировали в своем заключении ВКК: учитывая постоянное нарушение памяти в течение последнего года, утрату трудовых навыков и навыков самообслуживания в течение последних 2—3 мес., отдельные нарушения (считает, что года 2 назад вышла на пенсию, что находится на совещании педагогов); резкое снижение памяти в течение последнего месяца, прогрессирующее слабоумие, можно думать о болезни Альцгеймера. Рекомендовано общеукрепляющее лечение, транквилизаторы, что и было проведено. Повторно госпитализирована в женское отделение ПНД 23.01.90 г. и находилась на стационарном лечении с 23.01.90 г. по 05.03.90 г. В психическом статусе: дезориентирована в месте и времени. В контакт вступает. Сенситивна, плачет, говорит, что она стала козлом, ничего не знает, ничего не помнит. Себя называет правильно, год рождения — 1921 г. Возраст назвать не может, «уже много, сейчас уже 1922 год». Отвечает, что мужа зовут Павел, отчество его не знает, «Да я и не зову его по

отчеству». Говорит, что у нее 2 дочери и 2 сына (на самом деле 3 сына), имена их вспомнить не смогла. Отвечает, что спит очень хорошо, страхов не бывает, что сейчас она находится дома, но никого из окружающих не знает. Выходя из ординаторской, вновь заплакала, «домой мне нужно, у меня же маленький ребенок плачет».

(Ничего принципиально нового в психическом состоянии не возникло - та же амнестическая дезориентировка, грубое снижение памяти и интеллекта.)

Через три месяца вновь попадает в стационар. Находилась на стационарном лечении с 05.06.90г. по 13.07.90г.

В психическом статусе: контакт формальный, ориентировка во времени и пространстве нарушена. Медсестру назвала своей родной сестрой. Близких не узнает. Ориентировка в окружающем, собственной личности нарушена. «Мне 22 года, а мужу 44 года». Эмоционально лабильна. Беспреданно плачет. Память частично сохранена только на прошлое. Суицидальные мысли не высказывает. Суждения примитивные, алогичные, критики нет. Диагноз: болезнь Альцгеймера (психический статус застыл, повторяет предыдущий). После выписки находилась дома в течение 3 мес., за это время несколько раз уходила из дома в неизвестном направлении, родственниками находилась в случайных местах.

Четвертая госпитализация была связана с грубыми нарушениями поведения, уходами и бродяжничаньем.

Находилась на стационарном лечении с 23.10.90 по 28.12.90 г. При поступлении: дезориентирована во времени, месте и окружающей обстановке: не знает число, месяц, год, как зовут мужа, сколько ей лет. Многоречива, сама отмечает, что резко ослабла память. Уход из дома объяснить не может: «очнусь где-нибудь и не могу понять, как тут оказалась». В отделении беспокойна, на месте не удерживается, куда-то стремится. Продуктивному контакту недоступна. Высказывания неясные: кричит, плачет. В окружающем дезориентирована. В дальнейшем стала несколько спокойнее, ничем себя не проявляла. Активной психопродукции нет. Память грубо снижена. Дезориентирована, ночной сон достаточный. Постоянно ходит, ищет что-то. На всех смотрит удивленно. Критики к своему состоянию нет.

(Психический статус претерпел динамику в худшую сторону. Уже объективно в стационаре регистрируются нарушения поведения, бесцельное хождение по отделению, апраксия, элементы растерянности и беспомощности, беспокойство.)

После выписки в течение полугода находилась дома, в связи с грубым нарушением поведения была вновь госпитализирована и находилась на стационарном лечении с 25.06.91 г. по 11.07.91 г. Психический статус: двигателью спокойна, не ориентирована, речь не по существу, повторяет слова окружающих. Не может назвать сколько у нее рук («много»). Не может назвать предметы. В отделении постоянно в движении, бесцельно бродит по отделению, заходит во все палаты, берет чужие вещи, на замечания не реагирует. Неряшлива, за собой не следит, от нее исходит запах мочи. Не может найти свою палату, койку. Обманов восприятий и бредовой продукции не выявляет. К пребыванию в отделении безразлична. Кушает и спит достаточно.

(Наблюдается дальнейшая отрицательная динамика, причем именно в объективно-познаваемой части симптоматики. Грубо нарушено поведение, выраженная апраксия, амнестическая афазия и дезориентировка, появляется запах мочи и др., неряшливость, т.е. нарастают грубые негативные изменения личности, слабоумие приближается к марзатической стадии.)

Последняя госпитализация ничего нового в психическое состояние не добавила. Находилась на стационарном лечении с 05.02.92 по 10.04.92 г. Психический статус: двигателью спокойна, на лице неадекватная улыбка. В окружающей обстановке и времени дезориентирована. Возраст, свой год рождения не знает, не может сказать, где и с кем живет. Память всех видов резко снижена. В отделении время в основном проводит в постели. Временами бродит, идет к двери, перекладывает вещи с кровати на кровать. Продуктивному контакту не доступна. На вопросы отвечает невпопад. Не может назвать показываемые предметы. Не знает их назначение. Обманов восприятий и бредовой продукции не обнаруживает. Кушает и спит достаточно. Себя не обслуживает, неопрятна. Вскоре после этой последней госпитализации больная умерла при явлениях распада психической деятельности.

Анализируя данный случай, особенно в сравнении с предыдущим, мы отмечаем более длительное, но неуклонно прогрессирующее нарастание тотального слабоумия с ранним появлением феноменов апраксии, аграфии, амнезии и амнестической афазии. Никаких бурных всплесков болезни не было, разум угасал медленно, словно по специально вложенной программе. Вот такая запрограммированность, заданность, неуклонность наступления деменции — самый частый вариант развития болезни Альцгеймера. Слово грозные, медленные шаги ка-

менного командора, приближается трагический финал. При сосудистом же слабоумии клиническая картина более живая, подвижная, с сюрпризами, с резкими ухудшениями, временными послаблениями, сохранением на довольно поздних этапах критики к своему состоянию. Мы говорим лишь о клинко-патологической картине болезни Альцгеймера, в том числе и потому, что гистологический анализ вещества мозга с достоверной установкой типичных изменений в веществе мозга, проводится далеко не всегда и во многих случаях практическому врачу-психиатру, даже после смерти пациента, приходится довольствоваться приблизительными описаниями патологоанатома, вроде того, как «сильно прилипает вещество мозга к ножу патологоанатома». Знать же клиническую картину необходимо всем без исключения, ибо любые параклинические методы (как это и было в предыдущем случае) могут представить ошибочное заключение.

Психические расстройства при опухолях головного мозга

Прежде чем вести речь о клинко-психиатрических проявлениях опухолей головного мозга, необходимо хотя бы в минимальном объеме познакомиться с общепатологической картиной опухолей мозга и с их гистологическим строением.

По гистологическому строению принято выделять следующие опухоли мозга:

- медуллобластома, состоящая из недифференцированных мелких клеток, для которых характерен быстрый рост и злокачественность;
- мультиформная глиобластома, состоящая из спонгиобластов различной величины, для которой также характерно злокачественное течение;
- полярная глиобластома — злокачественная опухоль;
- олигодендроглиома, состоящая из клеток олигодендроглии, - характерно доброкачественное течение;
- **астроцитомы** из зрелых глиозных клеток — доброкачественная опухоль;
- хорионэндотелиома — опухоль сосудистого сплетения — редкая опухоль;
- менингиома — опухоль мозговых оболочек.

Другие гистологические формы опухолей встречаются реже, и говорить о них не будем.

Симптоматику опухолей головного мозга делят на общемозговую и очаговую. Общемозговая симптоматика:

- **головная боль**, вначале приступообразная, затем постоянная;
- рвота, независимо от приема пищи, чаще утром;
- головокружение системного характера;
- застойные соски зрительных нервов;
- изменения рентгенограммы черепа — пальцевидные вдавления, расширение диплоэтических вен;
- психические нарушения. Хотя психические нарушения невропатологи относят к общемозговым нарушениям, но в последнее время все больше появляется данных, характеризующих их как локальные, типичные для поражения той или иной доли.

Опухоли головного мозга — эталон органических поражений мозга, так как имеют специфическую патологическую анатомию, свойственную каждому виду, патогенез развития самой опухоли и психопатологического сопровождения опухолевого роста. В данных случаях совершенно ясна этиология появления психических нарушений. Крайне разнообразна клиническая картина психических нарушений. В конце концов опухоли, как и некоторые иные объемные процессы мозга, в чем-то подтверждают, а в чем-то опровергают ту самую «мозговую мифологию» Мейнерта (анатомическую локализацию мозговых функций). Итак, эталон — вот он! Но сколько ошибок. Сколько сложного в простом, сколько скороспелых решений и трагических опозданий!

В целом при опухолях различной локализации психопатологическая симптоматика выявляется с частотой 40—90 %. Раздольским в 78 % его наблюдений была выявлена та или иная психопатологическая симптоматика. По данным Харьковского ПНИИ, на 1479 вскрытий обнаружено 3 % опухолей головного мозга. В больнице имени П.П. Кащенко на 1695 вскрытий — 2,5 % опухолей головного мозга. Число психически больных с опухолями головного мозга как этиологическим фактором психозов у каждого психиатра накапливается к концу его профес-

сиональной карьеры до 10—15, если, конечно, он не работает в специализированном неврологическом стационаре. Это не очень много, но каждый такой случай по-своему уникален.

Опухоли лобной доли. Симптоматика при этой локализации опухолей наиболее известна и выделена уже давно. В неврологической симптоматике встречаются нарушения моторики, мышечного тонуса, двигательные автоматизмы — оральные, хватательные. Лобная **атаксия** отличается от мозжечковой отсутствием гипотонии. Обеднение двигательных актов достигает иногда степени ступора. Все перечисленные симптомы составляют «синдром фронтальной акинезии». Для опухолей лобной доли свойственны общие изменения психики, распад ранее свойственных личности этических норм поведения. Больные становятся бестактны, развязны, суетливы, сексуально-распущенны. Некоторые авторы выделяют тип «фронтальной деменции», алогическое мышление, другие — синдром недостаточности побуждений. Эйфорическое поведение с расторможенностью, оживлением примитивных влечений, апатическим благодушием, некритическим отношением к окружающему сочетается с отсутствием правильного понимания собственного болезненного состояния — лобной анозогнозией, с резкими нарушениями памяти, интеллектуальных функций. Разлитое чувство довольства диффузно иррадирует на все объекты. Все кажется хорошим, доставляет радость. Одна больная, которую Н.Н. Бурденко оперировал по поводу опухоли лобной доли, была очень довольна, узнав, что у нее предполагается опухоль мозга: «Это все-таки благороднее, склероз - это очень банально». Для характеристики лобной патологии существенно несоответствие между степенью оглушения и выраженностью аффективно-волевых расстройств и двигательных нарушений. После энергичной дегидратации и снижения внутричерепного давления больные продолжают оставаться аспонтанны, вялы, апатичны. Определенное место занимают речевые расстройства. Характерна не только моторная афазия, но и олиго- фазия. Речь фрагментарна, отрывиста, превалирует прямая речь. Часты слова-паразиты: «так, вот, конечно». Иногда отмечалась своеобразная диссоциация: в беседе больной напряжен, медлителен, а читает же залпом с поразительной разницей с самостоятельной речью. Эпилептические припадки при опухолях лобной доли наблюдаются в 40—50%. Часты адверзивные припадки с поворотом головы, глаз, туловища в противоположную опухоли сторону, которые всегда сопровождаются потерей сознания. Заслуживают внимание эпизоды, когда **больной** не в состоянии начать или закончить речь; внезапно наступающее молчание может симулировать амбулаторные автоматизмы и шперрунги. Опухоли с медленным ростом чаще сопровождаются эпилептическими припадками, которые могут обнаружиться задолго до поступления больного в нейрохирургическое отделение. А.С. Шмарьян отмечает возможность стойких эпилептических изменений личности при доброкачественных опухолях. По его данным, из 52 случаев доброкачественных опухолей в 6 опытными клиницистами был поставлен диагноз генуинной эпилепсии.

Случай 26. Психические нарушения при опухоли лобной доли

Л. Н.А., 1938г. рождения.

Впервые обратилась в психоневрологический диспансер 03.11.69 г. Считала себя **больной** с 1967г., когда появились **головные боли** и припадки.

(Это первое, что необходимо отметить, — позднее начало эпилептических припадков — в тридцать лет.)

Перед припадками чувствовала сжатие в груди, онемение языка, затем теряла сознание. Со слов очевидцев, наблюдались тонические и клонические судороги с полной потерей сознания, прикусами языка, последующим мочеиспусканием и сном. Была консультирована сразу же в 1969 г. в Свердловске, где была сделана рентгенограмма черепа, глазное дно. Ни то, ни другое патологии не выявило. В последующем у больной учащаются припадки до 1 раза в месяц, нарастают органические изменения личности с вязкостью, тугоподвижностью нервных процессов, дисфоричностью, обстоятельностью, обидчивостью, назойливостью. Четыре раза проводилось обследование глазного дна, не выявившее патологии ни разу, с 1969 по 1973 гг. В последние два года у больной появились симптомы олигофазии, затруднения при подборе слов, ограничение словарного запаса, медлительность речи.

(Отмечаем, что через четыре года от начала клинических проявлений заболеваний, на фоне эпилептических пароксизмов и органических изменений личности, появляются изменения речи в виде олигофазии, уменьшения словарного запаса. Понятно, что данные симптомы в клиническую картину эпилепсии не вписываются.)

Сама больная отмечала затруднение в мышлении, что нарушало ее нормальную работоспособность. С середины 1971 г характер припадков изменился, в частности, присоединился локальный компонент. Припадок начинался с ауры — ощущения жара и головокружения. Затем отмечались подергивания в правой руке, иногда заканчивающиеся генерализованным приступом, а иногда протекающие без помрачения сознания. В связи с появлением изменений в клинической картине припадков больная была направлена на консультацию к нейрохирургу. При обследовании в неврологическом статусе отмечался лишь акцент сухожильных рефлексов справа. Данные эхоэнцефалографии, краниографии, ПЭГ указывали на локальное поражение в левом полушарии головного мозга. 11.11.71 г. больной была произведена операция, во время которой была удалена субтотально опухоль медиальных и средних отделов левой лобной доли. Гистологически-доброкачественная — олигоастроцитомы. Больная умерла в послеоперационном периоде от присоединившихся осложнений.

Данный случай показателен как раз в том плане, что на протяжении семи лет клинических проявлений заболевания у больной ни при неврологическом обследовании, ни при рентгенографии, ни при обследовании глазного дна не выявлялось никаких локальных органических неврологических изменений. Вся клиническая картина сводилась к психопатологическим изменениям в плане органических изменений личности, которые бурно нарастали, и эпилептиформной активности. Явления олигофазии и медлительности мыслительных процессов сейчас, постфактум, должны расцениваться как проявления лобной патологии, но рассматривались, видимо, ранее как эпилептические изменения личности. Врачи провели все возможное на то время обследование для исключения объемной патологии, и по существу опухоль мозга даже в условиях нейрохирургического стационара была диагностирована только с помощью параклинических методов исследования ЭХО-ЭГ, РЭГ.

Эмоциональные проявления, диагностируемые при опухолях базальных отделов лобной доли, грубые расстройства всего строя личности, распад поведения создают основу для ошибочной диагностики прогрессивного паралича, особенно в свете учащения случаев свежего сифилиса.

Особого внимания заслуживает клиническая картина менингиом ольфакторной ямки. А.С. Шмарьян замечает, что иногда в случаях менингиом ольфакторной ямки опухолевый характер заболевания распознается лишь после безрезультатной маляриотерапии, предполагаемого прогрессивного паралича. В диагностике помогает этиологический момент, анамнестические сведения. Кроме того, при опухолях наблюдается эйфорическое состояние, маниформная приподнятость, всегда сопровождающиеся выраженной психической истощаемостью, охватывающей все стороны деятельности больного. Б.И. Белый (1987) описывает следующие варианты психических нарушений при опухолях этой локализации: 1) с преобладанием астенических психических нарушений; 2) с псевдопаралитическим синдромом; 3) с оглушенностью. При астенических нарушениях авторы отмечали утомляемость, головную боль, ослабление зрения, ухудшение памяти. Но основным проявлением менингиом ольфакторной ямки стал синдром, в составе которого отмечались: анозогнозия, эйфория, дурашливость, утрата чувства дистанции, нарушение нравственных норм и расторможение низших влечений.

Э.Я. Штернберг в 1967 г. квалифицировал это состояние как псевдопаралитический синдром. У больных преобладало благодушно-приподнятое настроение. Когда одной из больных сообщили день операции и сказали, что остригут волосы, она не выразила ни малейшего беспокойства и с улыбкой заявляла, что теперь будет похожа на Фантомаса [6]. Больные теряли чувство такта, называли врача на «ты», становились неряшливы, сексуально расторможены, многословны, общительны, шутливы.

Случай 27. Шизофреноподобный психоз при опухоли ольфакторной ямки

А., 1949 г. рождения, родилась в срок, домашними родами. В детстве переболела корью. Лечилась по поводу ревматизма, наблюдалась у кардиолога. В школу пошла вовремя — в 7 лет. Окончила 10 классов. Работала

продавцом. Окончила техникум железнодорожного транспорта, после чего работала экономистом. Была замужем, разошлась в 1986 г. Имеет взрослую дочь. В 1989 г., в сорок лет, получила травму шейного отдела позвоночника. Лечилась в неврологическом отделении МСЧ КамГЭС. Впервые в поле зрения психиатров попала в возрасте 45 лет, когда находилась на стационарном лечении в женском отделении диспансера г. Набережные Челны с 03.11.94 г. по 09.12.94 г. с диагнозом: «шизофрения, рекуррентная, острый психоз с галлюцинаторно-параноидным синдромом». В приемный покой диспансера была доставлена бригадой скорой помощи в связи с развитием острого психотического состояния: ощущала воздействие космической силы, которая убивает ее, видела свою жизнь по телевизору, умирала ночью: сводило левую руку и ногу, наступало удушье. Перед этим в течение 3 лет лечилась у психотерапевта с болями в шее, судорогами левой ноги и левой руки.

(С первых строчек истории болезни врачи должны были бы заподозрить неладное. С чего это вдруг упорные жалобы на слабость и судороги левой руки и левой ноги? Но...не заподозрили.)

Со слов дочери мы узнаем, что Л.А. всегда была активной, выполняла мужскую работу. Но последние два года — вялая. За последние 4 года снизилась активность, стала менее деятельной. Раньше были эпизоды «уже виденного».

(Это мы с вами наблюдали при опухолях лобной доли — вялость, аспонтанность, снижение активности, эпилептические эквиваленты...)

Из космоса ей сообщили, что она будет целительницей и предвещательницей всего. Перед госпитализацией плохо спала, вновь появилась связь с космосом. По телевизору для нее показывали фильмы и концерты. Выступал А. Буйнов, но в его лице видела своего бывшего мужа. В фильме про войну видела мужа и себя. Затем «они» показали дату ее смерти — 02.11.94 г. «Я уходила из жизни, ложилась в кровать, они говорили, что буду задыхаться, что руки и ноги будут плохо сгибаться. Все так и происходило». При проведении расширенной ВКК вошла в кабинет с улыбкой на лице, села на стул, распахнув халат.

(Врач отметила некое пренебрежение общепринятыми моральными нормами.)

В контакт вступает охотно, многоречива, говорит громко, обращается к врачам на «ты», называет всех «ребятами». Охотно отвечает на все вопросы, просит не перебивать, рассказывает о своем муже, о том, как она с ним общалась с помощью космоса и телевидения. Сексуально несколько расторможена, много говорит о том, как она «крутит» мужчинами.

(Вновь описывается нечто неподобающее для галлюцинаторно-параноидного синдрома — сокращение дистанции, бесцеремонность, сексуальная расторможенность, вновь врачи не обращают внимание на особенности психического статуса — есть штамп, есть каркас, «впихнем же статус в этот каркас». Не помещается? «Подстрогаем» чуть-чуть!)

Говорит о себе, как о ясновидящей, предсказательнице. Говорит, что космос избрал именно ее, так как она обладает каким-то особым дарованием. В настоящий момент наличие «голосов» отрицает, но чувствует, что ее постоянно контролируют, «они всегда со мной». Легко переходит от одной темы к другой, охотно спела песню, рассказала стихотворение о себе. Импровизирует, сочиняет на ходу, совершенно не задумываясь, четверостишия, не лишённые смысла. Критики к своему состоянию нет, больной себя не считает.

Заключение ВКК: состояние расценивается как гипоманиакальное с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой в рамках эндогенного процесса (рекуррентная шизофрения). В процессе лечения психотическая симптоматика купировалась. К перенесенному состоянию относилась критично, была выписана.

По итогам первой госпитализации, если оценивать ее *post factum*, обращает на себя внимание отсутствие помрачения сознания, иллюзорно-фантастического и грезоподобного восприятия окружающего мира, двойной ориентировки. Таким образом, отсутствуют все основные элементы даже в зачаточном состоянии онейроидного синдрома, а также и параноидность. Имело место особое аффективное состояние, условно располагающееся между гипоманиакальностью и эйфорией, снижение межперсональной дистанции, некоторая сексуальная расторможенность, феномены, никак не вписывающиеся ни в один из этапов онейроида. Отсутствие критики на самом деле было анозогнозией, связанной с поражением некоторых отделов лобной доли мозга. Не обратили внимание на некую жалобу о сведении левой руки и ноги и удушье. «Прошли мимо» снижения этического уровня личности, гиперсексуальности, сокращения межличностной дистанции. Не оценили по достоинству и самый важный феномен, уже никак не вписывающийся в клиническую картину рекуррентной шизофрении, —

обонятельные истинные галлюцинации со специфическим запахом интимной приятности (оргазма). И самое главное - диагностирование параноидного состояния проведено без оснований. Где параноидный бред? Пациентка пересказывала содержание истинных вербальных галлюцинаций, транслировала их от себя врачам. Не было ни бредовой разработки космической темы, ни бредовых интерпретаций, ни особой паралогики и логического обоснования своих суждений, не было и ухода в иную, отличную от всех жизнь. Наоборот, весь ее психический статус говорил о здешности, приземленности, обыденности переживаний, несмотря на космическое содержание галлюцинаторных переживаний. Да и космичность определялась только словом «космос», а не масштабностью феноменов.

В дальнейшем наблюдалась амбулаторно участковым психиатром. 19 ноября 1995 г. была доставлена в диспансер врачом-психотерапевтом ГБ №8 с целью дифференциальной диагностики после обнаружения у нее огромной опухоли ольфакторной ямки лобной доли правого полушария. На компьютерной томографии мозга определялась опухолевидное образование размерами 7x5 см. При беседе Л.А. жаловалась на слабость в левой руке и левой ноге, **головные боли**, тошноту. Сама не сообщала, но визуально определялся центральный парез лицевого нерва справа с асимметрией нижней половины лица. Сообщала, что помнит переживания, с которыми лежала в нашем стационаре несколько месяцев назад, когда общалась с космосом и ее показывали по телевизору. В артисте, которого показывали по телевизору, видела лицо своего второго мужа. Думала, что она умирает, так как ее собака убегала от нее, а собаки покидают мертвых. Помнит, как главный врач сидел за большим письменным столом. Но имя его не запомнила. Не могла при этом осмотре вспомнить имена заведующей отделением и лечащего врача. Перепутала даты замужества. В качестве самого яркого впечатления хорошо помнит сильный специфический запах «приятности», какой бывает при интимной близости с мужем. Сообщала, что могла продлевать «приятность». Приводит пример. Когда заходила в ванную стирать белье, на нее находило это «специфическое ощущение приятности». Сообщала, что на протяжении последующих месяцев, хотя общение с космосом закончилось, продолжались время от времени эпизоды появления «специфической приятности с запахом близости с мужчиной». Была эмоционально вполне адекватной, слегка усталой, истощаемой. Во время осмотра было высказано сомнение в первоначальном диагнозе, но большая часть врачей считала, что опухоль наложила своеобразие на клиническую картину шизофрении. Менее чем через год после госпитализации в ПНД была прооперирована по поводу опухоли головного мозга (гемангиобластической менигиомы) в НИИ им. Н.Н. Бурденко. В 1996 г. оперирована повторно в БСМП г. Набережные Челны. Отмечает часто возникающие головные боли в затылочной области. Периодически «сводит» всю левую половину тела. За время наблюдения участковым психиатром отмечались неустойчивость настроения, нарушения мышления с элементами резонерства, сохранялись резидуальные высказывания о связи с космосом без критичного отношения к ним со стороны больной. В то же время Ч. Л.А. свое поведение контролировала, обострения психотической симптоматики, требующего недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, у нее не наблюдалось, а от предлагавшегося дважды лечения в стационаре на дому отказывалась. Состояние ее расценивалось как состояние ремиссии при рекуррентной шизофрении (амб. карта ПНД). По месту жительства характеризовалась как «спокойная женщина», но голосу нее всегда на повышенных тонах и очень эмоциональна, так как она перенесла операцию на голове. Она готова прийти на помощь. После операции изменилась, но агрессии у нее нет, она «порядочная женщина». Жалоб на нее от соседок нет; При встрече через несколько лет (в 2002 г.) во время АСПЭ обнаруживала оживленность, эмоциональную сохранность, смеялась в ответ на юмор и шутки, склонна была поиронизировать над собой. Красочно описывала свое правонарушение, осуждая нравы «новых русских» и их барские замашки, от которых у всех нормальных людей возникает здоровая злость. Из постановления известно, что 1 мая 2002 г. около 10 ч 30 мин Ч. Л.А., находясь около магазина «SELA», учинила хулиганские действия в отношении Р. и Д., где она нанесла один удар ногой Д. и телесные повреждения Р., стала руками стучать по стеклу автомашины, принадлежащей Р., при этом разбила боковое стекло, зеркало, после чего подобрала деревянную палку и нанесла 1 удар по автомашине.

Неврологическое состояние: отмечается асимметрия носогубных складок, девиация языка влево. В позе Ромберга покачивается, при пальце-носовой пробе промахивается слева.

Психическое состояние: ориентирована верно. О цели экспертизы знает. Держится свободно. Все время жует жвачку. Беседует охотно, в беседе активна, многоречива. Встает, ходит по кабинету, подходит к председателю экспертной комиссии, обращается к нему, напоминает о том, что ранее с ним беседовала, когда лечилась в ПНД. Активно жестикулирует. Речь эмоционально заряжена. Отмечает периодически мысленные «голоса», не может определить — мужские или женские, которые общаются с ней, советуют что-либо. Говоря об этом, их называет:

«Они». «Они», кроме того, периодически делают неприятные запахи. Память на текущие события сохранна. Внимание удерживается. Эмоционально лабильна, в ходе беседы на глазах появляются слезы. Относительно инкриминируемого ей правонарушения сообщила, что случайно задела машину, стоявшую у подъезда. У машины сработала сигнализация. Затем из магазина выбежали 3—4 женщины, которые сбили ее с ног, били. Она отбивалась, схватив какую-то палку, может, попала и по машине.

Итак, из психического статуса при проведении АСПЭ мы вычленим эмоциональную сохранность с лабильностью, сокращение межличностной дистанции, мысленные голоса, напоминающие псевдогаллюцинации, но отмечаем не все признаки псевдогаллюцинаций, а лишь интрапроекции и ссылки на то, что «они» «делают» запахи. (Как известно, для полноты определения псевдогаллюцинаций необходимо установление еще нескольких признаков: насильственность, чуждость, и главное — отношение к ним не как к истинным галлюцинациям, а как к специально сделанным искусственным феноменам.) Думается, что именно наличие изредка появляющихся мысленных голосов и убедило экспертов не менять диагноза шизофрении.

Из протокола патопсихологического обследования: при экспериментально-психологическом обследовании использовались субтесты Рубинштейна (заучивание 10 слов, метод опосредованного запоминания, установление последовательности событий, задания на выделение и обобщение) и стандартизированный многофакторный метод исследования личности с целью выявления интеллектуально-мнестических и индивидуально-психологических особенностей. В беседе сообщает свою фамилию, имя, отчество, дату рождения. Активно жалуется на свое здоровье. Не прекращая, жует жвачку, объясняет эту необходимость тем, что у нее может начаться кашель с удушьем. Жалуется на плохой сон. Сообщает, что может не спать по двое суток. В беседе голос громкий, многословна, речь может вести не по существу темы. Во время эксперимента полулежит на столе, напоминая, что у нее парализована левая сторона. При заучивании 10 слов соответственно воспроизводит 6, 7, 8 слов. Активна в воспроизведении. Отсроченно воспроизводит 8 слов. При опосредованном запоминании ассоциативные образы отличаются нецеленаправленностью и носят общий характер. Точно воспроизводит 40% информации. Объем опосредованной памяти составляет 55 %. Работая с заданиями на исключение и обобщение, склонна к многоречивым рассуждениям. Поведение с элементами истероидности, выраженного эгоцентризма, повышенной конфликтности в межличностных взаимоотношениях. Склонна фиксироваться на неприятных переживаниях и болезненных процессах своего организма. Уровень социальной адаптации снижен. Ярко выражена ригидность. Заключение: уровень интеллектуального развития соответствует возрастной норме. Память соответствует норме. Грубое изменение мышления с явлениями резонерства и нецеленаправленности. Грубое изменение личности по шизоидному типу с истероидными включениями и повышенным уровнем аффективной ригидности, переходящей в некорректируемую концепцию.

(К данному заключению много вопросов, но зададим только один — из чего следует грубое изменение личности по шизоидному типу. Хотя одно слово в психологическом описании свидетельствует о шизоидности в принципе? Где аутизм, где парадоксальность личности, где «белая ворона» или «синий чулок»? Можно предположить, что валидность данного теста была изрядно подпорчена предвзятостью в диагностике, где уже установленный ранее процессуальный диагноз магнетически воздействовал на суждения эксперта-психолога.)

Прошло еще три года. В дневнике от 26.08.05 г. врач записал, что пришла по приглашению. Жалоб не предъявляет, работает на даче. В ясном сознании, ориентирована полностью. Одета чисто. Фон настроения ровный. Охотно беседует, голос громкий. Улыбчива, в беседе адекватная. Мышление и речь — последовательные. Обманов восприятия и бредовых идей не выявляется. Заявляет, что со своими проблемами справляется самостоятельно.

20.10.6 г. — через год после описанного участковым психиатром осмотра состоялась встреча главного врача с J1.A. Ее можно было бы назвать моментом истины, ибо удалось расставить акценты не только на особенностях психического состояния на настоящее время, но и заглянуть назад, в прошлые годы болезни.

На беседу входит охотно, с приветливой улыбкой на лице. Тепло поздоровалась и приготовилась отвечать на вопросы врача. Сообщает, что в 1995 г. незадолго до операции по поводу опухоли головного мозга внезапно резко ухудшилось зрение. Почти ослепла. Видела только силуэты предметов. Вскоре после операции зрение быстро восстановилось. Но в последний год вновь начало падать, пришлось поменять очки.

(Итак, первое добавление к ранее описанному анамнезу — резкое ухудшение зрения накануне оперативного вмешательства в 1995 г., повторное ухудшение зрения в 2005—2006 г. при рецидиве накопления кистозной жидкости на месте оперативного удаления опухоли.)

В течение же этого года ей дважды предлагали повторить в третий раз оперативное вмешательство, так как на месте удаленной опухоли вновь накапливалась жидкость (внутри послеоперационной кисты). Вспоминает, что запах «приятности» всегда возникал с 1994 г. только во время «выходов» в космос. В последние годы, примерно дважды в году, она испытывает чувство «уже виденного». Ощущение возникает во время обычной бытовой ситуации, она вдруг чувствует, что «это уже было».

(Вновь, повторное возобновление эпилептических эквивалентов — de ja т.)

Сообщает, что уголовное дело в отношении нее прекратили, так как соседке, чей автомобиль она ударила палкой, дочь выплатила четыре тысячи. На вопрос, бывают ли «видения космоса», с улыбкой отвечает, что полтора года назад вновь появились «звезды и луна». Подробно описывает, что без очков, вечером и ночью, когда появляются звезды, в одной звезде может увидеть сразу несколько звездочек. А луну видит в шапке из желтых бананов, в виде желтых полос, которые в виде шапки окружают диск луны.

(Очень интересный феномен, редко встречающийся при шизофрении, но часто появляющийся при серьезных органических заболеваниях головного мозга, — зрительные иллюзии с элементами парейдолий.)

На вопрос, владеет ли она экстрасенсорными способностями, отвечает утвердительно, что может сквозь человека видеть его душу, чувствует, какой перед ней человек — добрый или плохой. С большим желанием и вдохновением сообщает, что последние годы она вместе с сослуживцами «поддерживает научный мир». Она является членом общества, которое занимается строительством домов по новой технологии, распространением биодобавок и приборов для релаксации. Считает, что продажа одного прибора приносит прибыль в 900%, если она найдет желающих купить такой же прибор. С энтузиазмом заявляет, что отказалась от любого лечения таблетками, ведет здоровый образ жизни, принимает БАДы, чистит организм.

(Впопыхах можно заподозрить в этой восторженности и многословном рассуждении о своей предпринимательской деятельности резонерство или витиеватость мышления, но скольких психически здоровых людей не коснулась эпидемия финансовых пирамид, и не многомиллионные ли аудитории Лени Голубкова шли в народ, распространяя чудодейственные БАДы, приборы по лечению всех болезней человека, стимуляторы потенции, ликвидаторы бесплодия, немедленно действующие средства похудения и т.д.)

Временами болит голова, особенно, когда нервничает. На вопрос о третьем муже опустила голову вниз и со слезами на глазах сообщила, что он, с которым прожила более 12 лет, два месяца назад умер. На вопрос, изменилась ли она за годы болезни, отвечает, что все еще ходит с последствиями гемипареза, чуть прихрамывает, научилась говорить людям правду в глаза: «У меня справка, что я в дурдоме наблюдаюсь. А нам, дуракам, все простительно». Весьма адекватно реагирует на шутки и юмор, смеется, хохочет. Психопродуктивной симптоматики не обнаруживается. После окончания беседы, тепло попрощалась с врачами, пожелала всем добра и счастья.

Итак, 10 лет назад больная, ранее не общавшаяся с психиатрами, вдруг попадает в женское отделение стационара с психотическим эпизодом шизофреноподобного

характера, с «космическим» содержанием переживаний, гипоманиакально-эйфорическим аффектом с анозогнозией, стиранием межличностной дистанции, нарушением тонких этических чувств, сексуальной расторможенностью. Не вписывалось в картину «космического псевдоонейроида» переживание необычного специфического «запаха приятности, возникающего при интимном общении с мужчиной». При осмотре пациентки спустя несколько месяцев, уже на фоне грубой неврологической симптоматики, проявлений гемипареза, падения зрения, снижения памяти, приходит понимание истинной этиологии психотического состояния. Но не все врачи могут спокойно отречься от неверного диагноза, преодолеть установочное давление психиатрического диагноза. После проведения оперативного лечения гемангиобластической менингиомы ольфакторной ямки в течение последующих десяти лет у J1.A. отмечались пароксизмально возникающие состояния de ja vt, а на протяжении последних полутора лет — зрительные иллюзии с элементами парейдолий, снижением зрения. Все годы болезни фиксировались отсутствие каких-либо процессуальных негативных изменений личности, сохранение социальной активности и трудоспособности. Все это позволяет исключить хроническое психическое заболевание

(шизофрению) и диагностировать органическое заболбвание головного мозга вследствие опухоли с рецидивирующими эпизодами органических психических расстройств, вследствие рецидивирования кистозного преобразования послеоперационного рубца (F06.03 по МКБ-10).

Опухоли височной доли. В ряду симптомов, позволяющих диагностировать височную локализацию опухолей, - обонятельные и вкусовые **галлюцинации**. Как правило, обонятельные галлюцинации носят неприятный характер — это запахи тухлых яиц, бензина, дегтя, кала, гнилого мяса, трупные запахи. К своим галлюцинаторным явлениям больные чаще всего относятся критически, понимая их болезненный характер, что несомненно определенный дифференциальный признак с обонятельными галлюцинациями при шизофрении. Среди наблюдаемых **больных** обонятельные галлюцинации отмечены у 23-34 %. Некоторые авторы указывают на нарушение идентификации запахов при сохранности обоняния как такового. Часто больные, говоря о наличии неприятного запаха, не могут определить его характера: «Чем-то пахнет». Нарушения вкусовых ощущений — агейзия, пара-гейзия, гипогейзия — обычно характеризовались больными как утрата способности воспринимать вкусовые ощущения, появление гадкой слюны, ощущение соленого языка и т.д. Несмотря на яркий чувственный характер ни разу не отмечались основанные на них **бредовые** переживания. Известное значение могут иметь слуховые галлюцинации. Отмечая частоту слуховых галлюцинаций при опухолях височной доли, В.А. Гиляровский говорил о локальных галлюцинозах. А.С. Шмарьян описал своеобразные нарушения слухового восприятия в виде нарушения тональности слухового восприятия с явлениями гиперпатии и отчуждения речи, а также акустико-вестибулярные расстройства. Последние часто наблюдаются в послеприпадочном состоянии, когда меняется восприятие звуков, их тональность, звуки отдаляются, нарушается их синтез, больные воспринимают их хаос. С большой частотой появляются зрительные галлюцинации. У ряда больных сторона гемианопсии совпадала с появлением галлюцинаторных образов, что указывало на сторону поражения. Шмарьян и Лобова описали галлюцинации с непрерывно движущимися фигурами, галлюцинаторные образы в деформированном виде, а также серию расстройств зрительного восприятия в виде макро- и микропсий, метаморфосий.

В качестве очаговых психосенсорных расстройств Раппопорт характеризует приступы головокружения с пространственной дезориентировкой, могущие проявляться в комплексе пространственных нарушений и в качестве ауры эпилептического припадка. Нарушения памяти занимают существенное место в клинической картине психических расстройств. Они иногда коррелируют с речевыми расстройствами (амнестическая афазия), могут же обуславливать дезориентировку во времени. Следует напомнить, что еще М.В. Кроль в 1933 г. писал о «галлюцинациях памяти» при локальном синдроме височной доли, отмечая вместе с тем поразительное ослабление памяти у таких больных. Амнестическая и сенсорная афазия издавна также считались коренным симптомом поражения височной доли. Ошибочно положение о том, что амнестическая афазия может быть обнаружена лишь при обычном исследовании при показе больному определенных предметов и просьбе назвать их. Не меньшее значение имеют затруднения, которые больные испытывают при обычной речи. Больной делает характерные паузы, как бы подыскивая в них необходимые названия для обозначения предметов. Одна наша пациентка, испытывая затруднения в подборе названия предметам и вещам, периодически путала одни названия с другими. Она могла мясо назвать луком, огород сараем. Речь идет о больных, которые обнаруживают затруднения при выборе слов, наиболее подходящих для данного текста. Смысловые оттенки, множественность значений как бы теряются, блекнут их глубина и богатство по сравнению с тем, что было ранее свойственно больному, его культурному уровню. Эпилептические припадки при опухолях височной доли занимают ведущее место.

Встречаются генерализованные припадки, а также эпилептические эквиваленты; малые abortивные припадки, **мигренозные приступы**, обмороки, которые могут предшествовать в течение ряда лет фокальной симптоматике. Частота эпилептических приступов составляет 41%. Встречаются психические эквиваленты с тяжелыми помрачениями сознания, явлениями деперсонализации, дереализации, навязчивыми воспоминаниями. Самостоятельное значение имеют встречаемые при опухолях височной доли характерные сенсорные и висцеральные расстройства с тягостными сенестопатическими ощущениями, тоской, тревогой, немотивированным страхом. Больные жалуются на боли в области сердца, подреберье, носящие черты стенокардии.

Случай 28. Клиническая картина нарушений сознания при опухолях височной доли

П. Ф.А., 1929 г. рождения. Состоит на учете с 1971 г. (с 43 лет). С 1967 г. появились **головные боли**, шум в ушах, бессонница, чувство слабости. Стал замечать, что с памятью не все в порядке. После 1970 г. головные боли, чувство покалывания в сердце, сердцебиение усилились. В январе 1969 г. впервые на работе потерял сознание. С этого времени часто происходили отключения сознания, во время которых иногда падал, иногда оставался на ногах. Перед припадком испытывает неприятное ощущение — ползание мурашек в левой стороне туловища, мерзнет рука, нога, туловище, ухо, все левой половине тела, после чего теряет сознание. Такие отключения возникали по несколько раз в день.

(Итак, после общемозговых неврологических проявлений через три года от первых клинических признаков появилась очаговость в симптоматике, асимметрия имеющихся расстройств.)

С 1970 г. появились припадки тонического характера, а также состояния амбулаторного автоматизма, когда он мог проходить расстояние в километр, после чего обнаруживал, что был без сознания. Проводили рентгенографию черепа, обследовали глазное дно, которое до 1973 г. патологии не выявило. В связи со сложной полиморфной картиной припадков и неэффективностью противосудорожной терапии больной был направлен на обследование в ОПБ №1, где была выявлена опухоль головного мозга. Больной был прооперирован в августе 1973 г. по поводу опухоли височной доли. В последующем присоединился левосторонний гемипарез.

У данного больного припадки и амбулаторные автоматизмы появились в зрелом возрасте, аура носила фокальный характер, указывающая на сторону поражения, с самого начала больной отмечал затруднения в памяти. Больной с самого начала прошел полное обследование, но при дополнительных обследованиях патологии не выявлено. Отмечалась симптоматика, сходная с описанной при поражении опухолью височной доли.

Опухоли теменной доли. Изолированные поражения теменной доли встречаются редко. Но все же для удобства разбора симптоматику поражения лучше разобрать отдельно. Нарушения пространственного генеза относятся к одному из частых и ранних симптомов поражения теменной доли. Больные теряют представление о расположении улиц знакомого города, после прогулки не могут найти свой дом. Больная — педагог по профессии — после операции по поводу опухоли теменной доли обнаруживала полную несостоятельность при показе ей географической карты, путала расположение стран и материков и т.д. Больные теряют способность распознавать левую и правую сторону. Особенно не удаются **больным** пробы Хеда на перекрестные, указательные, «транзитивные» действия. Как отмечает М.О. Гуревич [21], массивные сенсорные расстройства возможны не только при нарушении сознания, но и в ясном сознании. У больных наблюдались эпизоды, когда окружающий мир менялся, становился мертвенно-бледным, недействительным, нереальным и когда появлялось ощущение исчезновения верхней половины тела, головы, глаз. Отмечаются тактильная агнозия, астереогноз. После классических работ, которые опубликовал Г. Лиемпан — создатель учения об апраксии, появилось много работ, посвященных апраксии. Расстройства схемы тела могут наблюдаться в качестве ауры эпилептического припадка. Так, у одного больного перед припадком появилось ощущение, что нижняя половина туловища уменьшилась. В другом случае больной ощущал, что левая нога быстро уменьшалась и исчезла совсем. Синдромы аграфии и акалькулии могут встречаться без апатических расстройств и с ними. Они могут быть использованы в локальной диагностике только в случае отсутствия интеллектуального снижения.

Опухоли с локализацией в области третьего желудочка мозга. Из других локализаций опухолей наибольший интерес представляют опухоли III желудочка, поскольку они дают массу психопатологической симптоматики. Остро возникающие гипертензионно-гидроцефальные кризы сопровождаются резкими головными болями, иногда столь интенсивными, что больные теряют сознание. В анамнезе отмечаются обмороки, эпизоды оглушений, приступы дурноты. Летаргический симптокомплекс и различные виды пароксизмально возникающих расстройств сознания онирической структуры в сочетании с обменно-вегетативными нарушениями и выраженной астенией характеризуют патологию при опухолях III желудочка. Больные много спят и внешне производят впечатление

нормально спящих людей. Чаще всего их легко вывести из сна окриком или легким прикосновением, однако они вскоре вновь быстро засыпают. Наблюдаемые у них состояния сомнолентности не характеризуют определенной стадии оглушения, поскольку выведенные из сна они не обнаруживают явлений оглушения. Спят в нормальной

позе спящего человека, укладываются, переворачиваются с боку на бок. В то время как сомнолентность у больных с опухолями III желудка — частый и начальный симптом, патологический сон при других локализациях опухолей встречается только при их злокачественном росте или в терминальной стадии доброкачественных опухолей. В последнем случае наблюдается так называемый патологический сон второго вида, характеризующийся состоянием оглушения после пробуждения. В отдельных случаях при втором типе патологического сна возникает необходимость дифференцировать их от сопора и комы. Больные самостоятельно не просыпались, их приходилось будить даже для приема пищи. Пробуждение было замедленным, после чего обнаруживались симптомы оглушения. При пробуждении медленно открывали глаза, взгляд оставался вялым, безразличным. При опухолях III желудка выявляется астенический симптомокомплекс как второй кардинальный признак локального поражения. Больные вялы, адинамичны, крайне утомляемы, часто обнаруживается упадок питания, падение мышечного тонуса. Особенность астенического состояния при опухолях этой локализации — отсутствие раздражительной слабости (как при неврастении) с эмоциональной лабильностью и гиперестезией. Астения в таких случаях протекает на фоне апатического благодушия, вялости или эйфории. Отмечая частоту маниакальных состояний при опухолях области III желудка, Форстер придавал этому симптому локальное значение. Гол ант выделяет дизенцефалёзы, дизенцефалопатические психозы. Шмарьян подчеркивал, что при первично стволовых опухолях маниакальные приступы возникают остро, сопровождаются расстройством сознания онирического типа с речевым и двигательным возбуждением, фантастическими переживаниями, нередко симптомами спутанной мании.

Случай 29. Псевдоистерия при опухоли дна III желудка

С. А.Д., 1930 г. рождения. Впервые обратилась на прием в октябре 1973 г. (отметим, что только в 43 года обратилась к психиатру). Отмечала, что в течение нескольких лет беспокоили головные боли, особенно усилившиеся после перенесенного в январе 1973 г. гриппа. Беспокоила головная боль в теменно-височной области, головокружение, гул в ушах, слабость, раздражительность. Онемение в кистях рук и кончиках ног. Жаловалась, что при повороте глазных яблок кверху головная боль усиливается. Был поставлен первичный диагноз: остаточные явления перенесенной нейроинфекции с гипертензионным синдромом. Впоследствии лечилась в стационаре сразу же после первого обращения, где выявлялась сходная симптоматика с гипотонией, истероформными наслоениями. В стационаре был выставлен диагноз: «Неврастения, гипостеническая форма с истероформными наслоениями». В пользу диагноза неврастении говорило наличие постоянной психотравмирующей ситуации в семье, увязывание самой больной ухудшения своего состояния с тяжелой обстановкой в семье, раздражительность, характер жалоб. Больной был проведен курс общеукрепляющей терапии и назначены порошки от головной боли с анальгином и диуретином. Впоследствии больная сама отмечала, что от приема этих порошков она часто мочится, но головные боли беспокоят меньше.

(Хоть и косвенная, появляется подсказка — указание эффективности дегидратационной терапии, усиление диуреза приводило к уменьшению головной боли.)

Вторично госпитализируется в феврале-апреле 1974г., т.е. Змее, спустя после первой госпитализации с диагнозом «истерическое развитие личности». При 2-й госпитализации продолжала жаловаться на головную боль, слабость, постоянно намекала и утверждала, что ей нужна пенсия и инвалидность. В психическом состоянии на первый план выступали явления истероидности в виде крайней демонстративности, подчеркивания своей болезненности, плача навзрыд, манеры поведения с персоналом. Проводилась разгрузочно-диетическая терапия без эффекта. По настойчивой просьбе самой больной была сразу же после окончания лечения выписана домой. При последующем осмотре при встрече с врачами диспансера продолжала жаловаться на головную боль.

(«Уж сколько раз твердили миру»..., что грубая истерия, грубый истероформный синдром не характерен для психопатии, там все более деликатно и красиво. Грубая истероидность — прерогатива органических заболеваний мозга и, порой, психопатоподобного синдрома при шизофрении.)

Успела съездить к родным в Ульяновскую область, устроилась на работу кочегаром. Однажды ушла с работы и вместо того, чтобы пойти домой, побрела в лес. Не могла понять, как очутилась в лесу, вернулась поздно домой.

(Описывается состояние амбулаторного автоматизма, которое врачами было отнесено к проявлениям истерического поведения.)

Головные боли особенно усилились за 3 мес. до поступления в стационар. В последнюю неделю перед поступлением отмечалась неоднократная неукротимая рвота.

(Все, что описывается дальше, в том числе и рвота, уже не оставляли сомнения в наличии тяжелой патологии мозга.)

Лечилась знахарскими настоями, после чего стало еще хуже. При поступлении в третий, последний раз обнаруживала следующую симптоматику: взгляд мутный, тупой. Сидит, безвольно опустив руки. Инструкции, даже простые, выполняет неправильно. Так, например, по просьбе сжать кулак, его разминает. Вместо уха показывает нос. Не знает числа, месяца, года, не помнит имени лечащего врача. Жалобы на очень сильные головные боли предъявляет тихим голосом, заявляя, что когда на голове нет платка, чувствует, как из головы выпирает мозг. Утверждает, что у нее «рак головы», о чем ей сказала одна бабка. После беседы выходит качающейся походкой, держась за стену. В последующие двое суток больная спала. При этом на постели лежала в какой-то неестественной позе, широко раскинув ноги и руки и положив их на соседнюю больную. Удавалось разбудить ее только сильным окриком.

(Итак, перед нами проявления типичного патологического сна второго вида; после пробуждения — состояние оглушения.)

После пробуждения оставалась оглушенной, плохо понимала обращенные к ней вопросы. При этом довольно часто сообщала подробности более давних событий и аффективно значимых, чем более близкие. На третьи сутки пребывания в стационаре развилось состояние мозговой комы и отека легкого. Несмотря на длительные реанимационные мероприятия, больная умерла. На вскрытии обнаружена массивная опухоль, гистологически доброкачественная (астроцитомы), но с переходом в инфильтрующий рост, занимающая значительную часть теменной, затылочной доли, области III желудочка с проникновением в полость боковых желудочков.

При анализе данного случая следует отметить, что у больной на протяжении нескольких лет исподволь развивалось тяжелое органическое заболевание головного мозга, клинически проявившееся, видимо, задолго до появления ее в нашем учреждении. Неврологически за все годы болезни не выявлялась никакая локальная симптоматика. К сожалению, по отношению к ней не проводилось ни обследования глазного дна, ни рентгенографии черепа. Наличие постоянной психотравмирующей ситуации, невротическое оформление жалоб и истероформная симптоматика привели к постановке неправильного диагноза. Не было обращено достаточного внимания на такой кардинальный признак органической патологии, как постоянные головные боли, доминирующие в жалобах больного. Увидев в клинической картине истероидную симптоматику, выявив наличие рентно-ти — желая получить пенсию, диагностировалось истерическое развитие личности. Главная ошибка — не отсутствие дополнительных методов обследования, а предвзятость в диагностике, схематичность и прямолинейность. Наличие фрагментных психосенсорных нарушений, улучшение психического состояния от употребления дегидратирующих средств, неуклонно-прогредиентное течение заболевания могли бы явиться достаточным основанием для подозрения органического заболевания — не говоря уже об опухоли. В клинической картине при третьем поступлении в клинику мы видели уже четко выраженное оглушение с патологическим сном второго вида, нарушениями памяти, агнозиями, грубой дезориентировкой — все это соответствует терминальной стадии доброкачественных опухолей.

Данная опухоль с самого своего начала была неоперабельна, поскольку росла из области III желудочка, но постановка правильного диагноза повлекла бы более энергичную и результативную дегидратирующую терапию, чем порошки с диуретином. Этот случай должен послужить уроком более внимательного отношения к оценке истероидной симптоматики у больных, которая, по взглядам многих клиницистов, является чрезвычайно сложной маской различных серьезных заболеваний.

Расстройства личности. Психастеническое расстройство личности

В первой части книги вы познакомились со статическим срезом расстройств личности, с феноменологией основных патологических типов. Почти весь прошлый век в пограничной психиатрии велась дискуссия о том, насколько возможна динамика психопатий. П.Б. Ганнушкин в своей монографии (1998 г.) целый раздел посвятил динамике психопатий, рассмотрев основные ее элементы — фазы декомпенсации и развития. В 1961 г. в сборнике по проблемам судебной психиатрии вышла программная статья О. В. Кербикова «К учению о динамике психопатий» [35]. Известно, что в ней он сопоставил зарубежные взгляды на динамику психопатий и позиции отечественных ученых. Исследовав некоторые работы Бена Карпмена, оценившего усилия ученых-психиатров по созданию учения о психопатиях как загрузку «и без этого переполненной мусорной корзины», выводы из работ Гендерсона, Канна, Шнейдера, сопоставив их высказывания с выводами наших советских психиатров — Е.К. Краснушкина, М.О. Гуревича, П.Б. Ганнушкина, Я.П. Фрумкина, Г.Е. Сухаревой, О.В. Кербиков выделил четыре диагностические группы: 1) психопатии («ядерные» психопатии, конституциональные психопатии); 2) психопатические развития личности (конституциональное и ситуационное), препсихопатическое состояние как его начальная стадия; 3) невротические развития; 4) невротические реакции (неврозы в собственном смысле слова). Суть дискуссии о динамике психопатий сводилась к соотношению: в телесной ли организации человека или психической его сфере, генетически детерминированной основе или ситуационно, социально обусловленных изменениях кроется этиология психопатий. Что важнее, что более значимо, что является базисом — генетически запрограммированный код личности или воспитательные наложения среды? Особую пикантность этим спорам в нашей стране придавал разгром генетики, педологии, кибернетики и «прочих забугорных империалистических» наук. Многие ученые наперегонки торопились изыскать возможности улучшения человеческой породы с помощью воспитательных прививок, по примеру мичуринских опытов с подвоями и подсадками, закаливанием и воспитанием морозоустойчивых сортов картошки. Если такой наш ученый, как М.О. Гуревич довольно скептически оценивал возможность динамики психопатий, то Е.К. Краснушкин, О.В. Кербиков, Я.П. Фрумкин и многие другие развивали взгляды французов и стирали границы между психопатиями, неврозами и иными пограничными состояниями. Попробуем научиться на примерах анализировать то, что сами видим и констатируем у наших пациентов. Наш первый пациент — мужчина, которого знаем уже около двадцати лет, и, хотя много лет он лечится от невроза навязчивых состояний, истинный его недуг именуется, скорее всего, иначе.

Случай 30. Психастеническое расстройство личности или генерализованное тревожное расстройство?

М. А. Н., 1963 г. рождения. Родился вторым ребенком в семье рабочих. Двоюродный брат болел в детстве вирусным менингитом с эпилептиформным синдромом. Отец, будучи уже зрелых лет, страдал алкоголизмом, семья распалась, когда М. А.Н. было 11 лет. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. В раннем детстве часто болел ангиной. В школе учился хорошо. Нравилась математика, физика, география. Посещал с 12 лет радиокружок и с 14 лет секцию подводного плавания. Отличался дисциплинированностью, спокойным характером, аккуратностью, старался любую работу выполнять качественно. Вместе с отцом занимался жестяными работами и научился отлично работать по жести.

(После первого ознакомления с анамнестическими сведениями обращаем внимание на некоторые черты характера, которые на данном этапе — не более чем акцентуированные — аккуратность, дисциплинированность, склонность к ручной терпеливой работе.)

В возрасте 10 лет перенес какое-то кратковременное нарушение здоровья, когда однократно, на один вечер, температура поднялась до 40—41 °С. В этот вечер испытывал даже «галлюцинации», казалось, тело распадается на куски, раздваивался свет. Запаниковал, казалось, что не хватает воздуха, может задохнуться.

(Итак, в десятилетнем возрасте переболел какой-то острой нейроинфекцией с психосенсорными нарушениями, на которую возникла также быстротекущая психогенная реакция.)

К утру все прошло, много лет не вспоминал об этом эпизоде, вплоть до появления настоящего психического расстройства. В радиокружке быстро научился качественно паять радиодетали и отличался самой лучшей и качественной пайкой деталей. Собирал усилители, блоки питания, звонки. Нравилась кропотливая, даже монотонная работа. С 14 лет регулярно тренировался в бассейне при ТЭЦ с 25-метровой ванной. Проплывал ежедневно при каждой тренировке по 8 км в ластах кролем. Участвовал в соревнованиях в РТ и РФ. Завоевал первое место в РТ по подводному ориентированию, получил первый взрослый разряд.

(К окончанию школы пациент сформировался в сильного физически юношу, очень далекого от каких-либо проблем со здоровьем. В характере по-прежнему отмечалась склонность к кропотливой ручной работе, ответственность, дисциплинированность и преданность исполняемому делу, в том числе совершенно фантастическим физическим тренировкам.)

После окончания одиннадцати классов вечерней школы работал наладчиком КИП, телемастером. Особенности работы: подолгу обдумывал новое задание. Долго взвешивал, прикидывал, считал, иногда откладывал работу, снова возвращался к ней.

(В этом описании своей первой работы проглядывают уже иные черты психастенической личности. На уровне акцентуации или психопатии, мы пока не знаем. Отмечаем склонность к сомнениям, долгое обдумывание решений, взвешенность при их принятии.)

С 1979 г. по 1985 г. злоупотреблял спиртным. В 1983 г. женился. Имеет троих детей. Впервые психиатры познакомились с ним в октябре 1987 г. Обратился за помощью самостоятельно. За два года до этого (в ноябре 1985 г., в возрасте 22 лет), после изрядного «принятия на грудь» горячительных напитков во время очередной тренировки по подводному плаванию он почувствовал сильную усталость в гидрокостюме, затруднения при дыхании. Чуть не утонув, он еле-еле выбрался на берег, выбросив предварительно акваланг. Отдохнув, вновь поплыл за аквалангом, нырял за ним и вновь чуть не утонул. В последующие дни отмечал тяжесть за грудиной, затруднения при дыхании, боялся, что ему не хватит воздуха и он умрет.

(Итак, как в десятилетнем возрасте, на подготовленную некоторым образом почву падает увесистое зерно психогении, развивается выраженное невротическое состояние со всеми чертами психогенной реакции.)

Далее эти ощущения стали повторяться регулярно, через месяц, полгода. Незадолго до обращения отметил учащение подобных состояний, при которых неожиданно появляются затруднение в дыхании, тревога, страх за свою жизнь. В эти моменты испытывает слабость, сердцебиение, потливость. С28.10 по 01.12.87г. проходил первый курс стационарного лечения с диагнозом невроза навязчивых состояний.

(Нужно заметить, что в те годы в советской психиатрии еще не часто фигурировал диагноз — агарофобии.)

Страх появлялся не только при входе в автобус и иной вид транспорта, а сразу, при появлении мысли о необходимости поехать в другой район города. «Как только в голове возникала мысль о передвижении, появлялась нехватка воздуха, кровь отливала от головы, возникало удушье».

(Отметим важный аспект — паническая атака, если состояние было именно таковым, возникала не в момент посадки в автотранспорт, а при появлении одной только мысли о необходимости ехать. Что же было вначале — поступок или слово, мысль? «Вначале было слово».)

В соматическом и неврологическом статусе отмечалось полное здоровье, каковое бывает только у профессиональных спортсменов. В психическом состоянии доктор фиксирует ровное настроение, отсутствие психопродуктивной симптоматики, живые, адекватные эмоции, заинтересованность в успехе лечения, установку на проведение лечения голодом. Проводился курс РДТ длительностью 15 дней. Потерял в массе тела 10 кг. Курс голодания прерван досрочно в связи с появлением ОРВИ. Субъективно голодание переносил весьма мужественно и дисциплинированно исполнял все процедуры и назначения врача. Отмечалось улучшение

состояния. Со слов больного, исчезли навязчивые сомнения и страхи, отмечал повышение настроения, жизненного тонуса и работоспособности.

(Итак, после первой госпитализации мы можем утверждать, что у пациента отмечались в анамнезе несколько десятков панических атак, спровоцированных впервые реальной ситуацией угрозы для жизни. Раньше бы их, возможно, назвали дизэн-цефальным или гипоталамическим кризом, ибо были и страх за жизнь, и кардиалгические феномены, и нарушения вегетатики. Врачи диагностировали, естественно, то, что «ближе лежит». Была психогения, был страх за жизнь, связанный с психогенией, он навязчиво повторяется, значит — это невроз навязчивых состояний.)

Прошло 2 мес., и 28 января 1988 г. после перенесенного гриппа и физической нагрузки.

А.Н. в автобусе почувствовал себя плохо, «чуть не упал». Вновь появилась резкая слабость и неопределенный страх. Через три дня возникли давящая **боль** за грудиной, удушье, сердцебиение, какая-то «кожная реакция, обволакивающая мозг». Находился в постоянном напряжении, трудно было совладать с собой. Сон сократился до минимума, шла беспрестанная переработка мыслей. Проводилась инсулинотерапия в малых дозах — до легкого оглушения в течение 2 нед., затем по его личной просьбе вновь начато лечебное голодание длительностью 7 дней. Состояние быстро начало улучшаться, и вскоре он был выписан из стационара.

(Можно констатировать возобновление болезненного состояния спустя два месяца после очередной экзогенной провокации — гриппа и переутомления. Выход быстрый с помощью модернизированного сеанса РДТ. Выписан 11 марта, а уже 8 июня того же года поступает вновь в стационар. Пожалуй, ухудшение и третья госпитализация наиболее показательны в смысле истинной этиологии его заболевания.)

В конце мая 1988г. самостоятельно обратился к психотерапевту и прошел курс психотерапии. Затем съездил к бабке в деревню, предварительно загрузив себя большим количеством таблеток транквилизаторов, боялся, что в дороге ему станет плохо и он задохнется. Испытывал страх. После поездки к бабке чувствовал себя хорошо, но затем наступил срыв. Чувствовал себя вялым, разбитым, испытывал боли в груди, нехватку воздуха, чувство дурноты. Хуже чувствует себя после приема пищи. Полдня занимается на работе аутотренингом, расслабляется. Периодически появляется чувство резкой тревоги, боязнь умереть, боится «не дойти», «не доехать», когда пользуется городским транспортом. Сообщил, что дополнительным толчком явилось известие о появлении схваток у жены и отправки ее в роддом. Сразу же после этого появился страх за свою жизнь, за свое сердце.

(Что же мы видим? На этот раз приступы агарофобии были вызваны не испытаниями или психогениями, связанными с самим пациентом, а ситуацией, связанной с началом родового процесса у жены.)

Самостоятельно принимал реланиум и тазепам. Проведен курс инсулинотерапии до состояния оглушения (25 оглушений). Входе лечения состояние постепенно купировалось, навязчивые страхи исчезли. Был выписан на поддерживающую терапию мепротаном и со-напаксом. 29 ноября, т.е. через 4мес., вновь поступает в мужское отделение ПНД в связи с усилением страха передвижения, особенно в другую часть города. Без сопровождения боится ездить в автобусе. Позволял себе поездки только на частных автомашинах. В психическом состоянии был полностью критичен, откровенен, сосредоточенным на своих мыслях и страхах. В отделении малозаметен, охотно помогал медицинскому персоналу в уходе за больными, в исполнении работы электрика. Лечение проводилось на этот раз только транквилизаторами, физиотерапией, 2,5 мг трифтазина и люминал на ночь. Спустя 2 нед. был выписан с улучшением домой. Проходит полгода. Мы узнаем из амбулаторной карты, что 26.06.89 г. А.Н. сам приходит к врачу и жалуется на усиление навязчивого страха, особенно при удалении от ГЭСа, места расположения психоневрологического диспансера. Старается не отъезжать далеко с ГЭСа. Амбулаторно получает лечение минимальными дозами трифтазина (1/4 и 1/2 таблетки амитриптилина на ночь). Через год — вновь госпитализация в стационар. При этом несколько изменилась симптоматика. За неделю до поступления появилось ощущение комка в горле, страх остановки дыхания. Больше всего боится, что в автобусе станет плохо, автобус не остановится. В статусе записывается, что выражение лица — опечаленное, вздыхает, сообщает, что постоянно находится в напряжении, ожидая приступов страха удушья. В это время покрывается потом, испытывает «жуткий страх». Отмечается полная критика к своим переживаниям, осознает их безосновательность. Но самостоятельно справиться с ними не может. На сей раз получает 2,5 мг этаперазина, 15 мг хлорпротиксена, френолон 10 мг в день. Проводилось лечение психотерапевтом соседнего лечебного учреждения без особенного успеха. Через 2 мес. лечения состояние вновь стабилизировалось. Шестой раз госпитализировался в стационар 27.11.91 г. Ухудшение началось задолго до поступления, сразу же, как узнал о

предстоящем переезде ПНД в новое здание. Заранее боялся, что при ухудшении состояния не сможет дойти до нового здания диспансера.

(Отметим, что мы имеем дело здесь не столько с механизмом возникновения очередной панической атаки, а именно с возникновением задолго до «критического состояния» мыслей и опасений о возможном ухудшении состояния. При этом опасения носили довольно необычный характер - были связаны с переездом психиатрического учреждения в новое здание, с изменением уже сложившегося стереотипа, к которому его аномальная натура худо-бедно адаптировалась.)

Предъявлял жалобы при поступлении в дневной стационар на спазм в грудной клетке, в пищеводе, чувство боли при глотании. До 24 ч ночи не ест, так как только к этому времени успокаивается после возвращения домой. При беседе отмечается полная критика к состоянию, эрудированность в медицинских проблемах своего заболевания. При переходе на интактные темы оживляется, настроение улучшается. Получал инсулинотерапию малыми дозами, до оглушения. Всего было проведено 30 сеансов инсулинотерапии, получал также феназепам на ночь, дифенин по 1 таблетке утром.

(Следует отметить, что состояние пациента улучшалось непременно после определенного срока лечения, при этом не принципиально для результата было, как именно лечится пациент, его лечило время. Это очень важно, так как на наш взгляд соотносится с дифференциальной диагностикой — имеем ли мы дело с невротическим, неврозоподобным расстройством или с патологическим развитием личности.)

Проходит всего 3 мес., и А.Н. вновь обращается на прием к психиатру с жалобами на удушье, ком в горле, страх за свою жизнь. Госпитализируется вновь в дневной стационар 06.05.92 г. В этот раз поводом для ухудшения состояния послужило известие о предстоящем сокращении на работе, испугался возможного появления проблемы безработицы, материальных трудностей в семье.

(Вновь мы сталкиваемся с ситуацией, когда не паническая атака повторяется стереотипно через какое-то время, а обострение психопатологического феномена происходит от размышлений о «возможном» проблемном будущем.)

В психическом состоянии вновь эмоциональная сохранность, полная критика, настроенность на лечение. Проводилось лечение анафранилом по схеме до 125 мг в сутки, дифенином — 1 таблетка. По утрам соннапакс — 50 мг в день. Вновь через 3 нед. состояние улучшилось и пациент был выписан. Через полгода вновь ухудшение. Отчего на сей раз?

Из записи врача дневного стационара явствует, что сам А.Н. связывает ухудшение своего самочувствия с получением новой квартиры и переездом. Тут же усилились навязчивые страхи передвижения в автобусах, усилилась одышка, появились неприятные ощущения и зуд в голове, иррадиирующие во все тело. После курса лечения инсулинотерапией малыми дозами (30 сеансов), анафранилом, дифенином, азафеном, соннапаксом состояние улучшилось, но при выписке сделана любопытная приписка о том, что «устал посещать стационар, необходимо ежедневно передвигаться в автобусах», выписан на долечивание в условия амбулаторного звена. Прошло всего полтора месяца, и наш пациент в 9-й раз госпитализируется в стационар. На этот раз ухудшение связано с тем, что его вызвал начальник и в беседе сообщил, что сократит его с работы.

Процитируем психический статус без купюр: «ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Беседует свободно, словоохотлив. Активно и подробно рассказывает о своих переживаниях. Отмечает постоянную боль за грудиной и в горле «как шарик», исчезающую лишь во сне. Настроение снижено, отмечает периодическое, внезапно возникающее угнетенное состояние («как рыбу из воды вынули», «как кролик после беготни от лисицы»), которое часто сменяется страхом с чувством нехватки воздуха, болями за грудиной. Из-за этого боится ездить в транспорте, так как становится плохо, боится, что автобус не остановится, не сможет вовремя выйти из него. Мышление последовательное, среднего темпа. Фиксирован на собственных переживаниях». Лечится ровно 2 мес. транквилизаторами. После выписки из дневного стационара, 20 августа 1993 г. определена [Группа инвалидности. Через 5 мес., 18.01.94г. вновь госпитализирован с жалобами на слабость, утомляемость, «ком в горле», боль за грудиной, усиление страха перед поездкой в автобусах. Появился страх вечерами дома, одышка и аритмия при физической нагрузке. Лечение то же самое. Дополнительно назначаются настойка пиона, пирацетам, церебролизин. Через полтора месяца выписан с улучшением. За последующие 6 лет восемь раз поступал в дневной стационар с однотипными жалобами на страх ездить в автобусах, страх смерти, сердцебиение, удушье. Последняя госпитализация с 28.11 по 18.12.2000

г. Незадолго до этого перенес тяжелую ЧМТ с переломами костей лица и черепа. В течение 5 мес. находился в отделении челюстно-лицевой хирургии БСМП. После перенесенной ЧМТ состояние резко ухудшилось. Принимал в день до 8 мг феназепа- ма. Жалобы те же самые — периодические **головные боли**, страх за свое здоровье, боязнь ездить в автобусах, боязнь выходить на улицу, частое пробуждение и аритмию. В течение 3 нед. получал феназепам 2 мг в день, соннапакс 50 мг на ночь, реланиум 2 мл в/м № 5, седуксен 2 мл №5. Выписывается под наблюдение психиатра.

(За последующие 6 лет ни разу не поступал в стационар. Чем вызвана переориентация на диспансерное лечение? Сначала просмотрим амбулаторную карту. Отмечается ли существенное улучшение состояния? Отнюдь. Регулярно дважды в год участковый психиатр фиксирует все те же жалобы на здоровье. Все те же страхи за жизнь, боязнь ездить в автобусах. Временами отмечается раздражительность, грубые слова в адрес аптечных работников, которые отказываются от выдачи бесплатных медикаментов.)

Вот одна из записей от 15.06.2004 г.: «На прием пришел самостоятельно. Жалобы на страхи, «воздуха не хватает». Работает автоэлектриком на станции скорой помощи. Принимает феназепам. Интересуется новыми препаратами. В ясном сознании. Ориентировка сохранена. Жалуется, что и пешком не может ходить, и на автобусе ездить не может. «Водителя под ножом заставил ехать в больницу. Я в животное превращаюсь. Это дело замяли». Беседует по существу. Мышление последовательное». Прочитаем последний дневник из амбулаторной карты от 29.09.2006 г.: «Состояние прежнее. Принимает феназепам, amitriptilin. Из-за страхов совсем плохо передвигаться стал. Недавно откачивала скорая во время поездки его на ТЭЦ. В сопровождении машины ездит домой с работы, несмотря на то что два шага до дома. Раньше было достаточно сопровождения братом на его машине, сейчас и таблетки, и уколы в сумочке возит с собой. Диагностируют невроз навязчивых состояний, назначают феназепам, фенибут, грандаксин. 26 октября 2006 г. проведена беседа главного врача с А.Н. Причину отказа от госпитализаций сам видит не в улучшении своего состояния, а в невозможности, как раньше, ежедневно ездить в дневной стационар. Долго рассказывал врачу о своей жизни и болезни. Сообщил, что последние четыре года приспособился работать электриком в скорой помощи. До работы он добирается с помощью коллеги, которого специально отрядили по утрам сопровождать его до помещения станции скорой помощи, находящейся в 700 м от его дома. После работы его обычно довозят до дома на машине скорой помощи. Чувствует себя на работе легче от одного сознания, что рядом с ним работают врачи, в том числе психиатры. От этой мысли становится спокойнее. Также успокаивает и проживание рядом с ним, в 150 м от его подъезда, прежнего заведующего дневным стационаром. Ни разу не заходил к нему домой, но само сознание, что Д. Г. живет рядом, приносит успокоение. Отмечает, что невольно мобилизуется, когда болеют дети или жена, но как только им легчает, «разваливается».

Подытожим историю болезни пациента. У преморбидно акцентуированной личности с чертами психастенического или ананкастного характера в десять лет случается маленькая репетиция будущего судьбоносного действия. Во-первых, почему не сразу аномальная личность? Акцентуированные черты личности вполне компенсированы. До двадцатидвухлетнего возраста никаких сбоев не происходит. Юноша выглядит как вполне благополучный, добивающийся даже замечательных результатов в тяжелом виде спорта. Акцентуированные черты проявляются только в ситуациях *locus minor is Resistencia*. В десять лет разыгрывается кратковременная психогенная реакция после перенесенного молниеносного психотического состояния на фоне нейроинфекции. Появился вполне объяснимый страх за жизнь, который быстро исчез. Но в 22 года, в ситуации, реально угрожающей его жизни, развивается острая невротическая реакция. Что это? Своеобразный «невроз страха», тут же перешедший в агарофобию, понимаемую по критериям МКБ-10? Изолированный длительный невроз навязчивых состояний, регулярно повторяющийся дважды в год и чаще, генерализованное тревожное расстройство или что иное? Нам представляется, что ключ к разгадке лежит в тщательном анализе начала каждого ухудшения. Многократно сам пациент подчеркивает, что не сама по себе ситуация поездки в автобусе или транспорте вызывает у него удушье и иные многочисленные вегетативные и психические нарушения, а даже (и часто — исключительно) сами по себе мысли о возможном путешествии, переезде здания ПНД, необходимости поездки на работу. Мы сталкиваемся с превалированием рационального, рассудочного отношения к миру, жизни, людям и самому себе — вначале идет мысль. Она тянет за собой вегетативные проявления — эмоции и страх. Следовательно, в данном конкретном случае мы имеем дело не с рецидивирующим неврозом, не с чистой агарофобией или с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), а с ГТР на фоне патологии личности (F41.1, F60.5), где первичные ростки аномальной личности уже имелись в детстве. В конце беседы с главным врачом пациент формулирует очень интересную мысль — феномен, прямо

противоположный демонстративному расстройству личности. Если при истероидной личности пациент уходит в болезнь при развитии реальной опасной ситуации для его родных или близких, то наш больной «начинает живо бегать и выпрыгивает из болезни» в таких ситуациях и «разваливается», когда все приходит в норму.

Случай 31. Часть первая. Ганзеровский синдром

Истерическое расстройство личности

Х. М., 1962 г. рождения. Обратились сестра и муж больной с жалобами на ее неадекватное поведение, развившееся внезапно. Была вызвана линейная бригада скорой помощи, рекомендовано обращение к психиатру.

Из анамнеза: родилась в семье колхозников старшей из троих детей. Родители и бабушка чрезмерно опекали. Вторая сестра появилась через 7 лет, так что в первые годы жизни пациентка была в центре всеобщего внимания, ей все позволяли, исполняли любой ее каприз. Если не хотела выполнять какую-то домашнюю работу, о которой ее просили родители, думала о том, что у нее поднимется температура, и она действительно поднималась.

(Налицо воспитание в ранние детские годы по типу «кумир семьи» и плоды этого воспитания, не только в виде капризов, но и первых конверсионных расстройств — психогенно-спровоцированные подъемы температуры.)

До школы детский сад не посещала, воспитывалась дома бабушкой. Была общительной, имела много подруг своего возраста. Любила играть в «школу», в играх всегда была учительницей, очень любила «всем воображаемым» ученикам ставить двойки. В школу пошла с семи лет. До 5-го класса была отличницей, затем возникли проблемы с алгеброй. В классе была активисткой, стремилась быть на виду. Хорошо рисовала, поэтому была членом редколлегии, оформляла газеты. Давала всем понять, что именно от нее зависит вся работа в классе. «Нравилось руководить людьми». В старших классах стремилась хорошо выглядеть. Чтобы утром не вставать с помятым лицом, с вечера не пила и не ела.

(К началу юности сформировался характер личности, желающей и стремящейся быть в центре внимания, быть лидером, манипулировать людьми. Внешность имела настолько важное значение, что ежедневно «садилась на кратковременную диету».)

В 8— 9-м классах начала дружить с мальчиками. Но те мальчики, с которыми училась с первого класса, внимания на нее не обращали. Первая любовь закончилась изменой избранника, который прямо на глазах покинул ее, уехав с другой девушкой на мотоцикле. Мужа выбрала именно потому, что он был ей предан всегда, хотя, «наверное, его и не любила». Рядом с ним она чувствовала себя еще умнее и красивее, «это было удобно». Все считали, что будущий муж — надежный человек. Первые 5 лет после свадьбы часто конфликтовали, «притирались друг к другу», были маленькие дети, было много неустраиваемости. Последующие 5 лет жили хорошо, спокойно, «как бы по привычке». Последние 7 лет вновь отношения ухудшились, больше стала «чувствоваться разница в интеллекте». Муж не мог принять никакого самостоятельного решения. Когда дети были маленькими, работала в детском саду, чтобы быть с ними вместе. В течение последних 10 лет работала в школе, преподавала татарский язык, будучи учительницей по химии и биологии. Считала себя самой элегантной женщиной в школе.

(Замечательно говорит о себе, о своем интеллектуальном превосходстве над мужем и своей особой элегантности.)

Последние полгода были неприятности на работе. Хотела идти в отпуск в июне, а директор без ее согласия решил отпустить ее только в июле, а в июне заставлял работать с трудными подростками. Эту работу выполняла уже в течение нескольких лет, хорошо с ней справлялась, считала задержку отпуска несправедливостью. Переживала также из-за сына, неуспевающего по математике, а он учится в математическом классе. Была очень обеспокоена болезнью племянника, страдающего опухолью мозга, постоянно думала о сестре, которая плакала и просила у всех, чтобы сын остался жить. Племянник умер за семь дней до обращения к врачу. После его смерти и похорон постоянно вспоминала его, думала и осуждала себя за неправильное и строгое отношение к

собственным детям. Через неделю после печального события в 3 ч утра неожиданно проснулась и громко разрыдалась. Плакала 15—20мин, не отвечая на вопросы, затем пошла в ванную, умылась, вернулась и снова легла в постель. Через 30мин начала громко смеяться, хохотать, после чего уже не успокаивалась, никого из окружающих «не узнавала».

(Случился типичный истерический припадок — рыдания, слезы, безостановочный хохот, крики.)

Выкрикивала отдельные фразы, связанные с событиями, которые происходили 20лет назад. Спрашивала, не пришла ли сестренка из школы. Говорила о том, как играют ее младшие братья. Держалась за свое левое предплечье, объясняла, что болит рука после укола (получала витамины в детстве). Сказала, что упала на ведро и поцарапала щеку, показывала всем, что у нее кровь на щеке, спрашивала, идет ли еще кровь.

(В этот момент изучения анамнеза мы фиксируем переход истерического припадка в состояние измененного сознания.)

Обращалась к своей умершей в детстве подруге. Размахивала руками, говорила, что крутится красивая карусель. На окружающую обстановку, на обращение к ней никак не реагировала. Звала свою сестру по имени, но когда та подходила к ней, отмахивалась, не узнавала, считала, что сестра должна быть маленькой. Что с ней произошло в течение последних дней, запомнила частично. Будто бы видела сон о том, как она спускалась по какой-то темной лестнице, но, дойдя до середины, провалилась куда-то вниз, ударившись головой, левой теменной областью. Она кричала и ругалась с кем-то. Неожиданно перед ней открылось красивое пространство, в которое она стремилась проникнуть, но ее не пускали, а сзади одновременно на нее накатывалась стена огня. Видела своего племянника, как бы на карусели, живого и невредимого, окруженного необычно красивой природой.

(Итак, в рассказе описываются массивные истинные зрительные галлюцинации, носящие комплексный сложный характер с массивными включениями психогенной тематики.)

В то же время кто-то с ней разговаривал на совершенно непонятном языке, она ничего не понимала, сердилась и удивлялась, почему с ней продолжают разговаривать на незнакомом языке. За эти два дня ничего не ела, только пила чай и то по принуждению.

Психический статус в динамике: в кабинет привели под руки родственники. Движения замедленные, глаза широко раскрыты, взгляд застывший, иногда сменяющийся удивлением или испугом. На предложенный стул была усажена мужем. В речевой контакт с врачом не вступила. Избирательно реагировала поворотом головы на голос сестры, звучащий на родном языке (татарском). На вопросы, задаваемые на русском языке кем бы ни было, не реагировала. При расспросах сестры о здоровье, о жалобах, с прежним застывшим выражением лица и глаз давала неправильные или нелепые ответы. Например, на предложение сестры показать правую руку, поднимала левую. На вопросы, связанные со смертью племянника, наблюдались эмоциональные проявления в виде испуганно-удивленного выражения лица, сменявшегося на страдальческое. Совершала автоматизированные движения правой рукой, чертя круг в воздухе, при этом на татарском языке монотонно повторяла: «Это круг, это круг, он кружится, там красиво, там зеленая травка». Во времени, месте нахождения и собственной личности не ориентирована.

(Сейчас уже не в анамнезе, а объективно при оценке психического состояния психиатр фиксирует состояние помраченного сознания, отсутствие словесного контакта с пациенткой, отрешенность от окружающего мира, нарушение осмысления ситуации.)

После поступления в стационар ночью спала (была сделана инъекция реланиума 4 мл внутримышечно). Утром следующего дня состояние незначительно улучшилось. По-прежнему отсутствовал словесный контакт с врачом и медперсоналом. На вопросы не отвечала, сидела в однообразной позе с застывшим страдальческим выражением лица. Но при ответах на вопросы сестры, задаваемые на родном языке, более живо отвечала на часть вопросов, касающихся ее переживаний, при этом отмечается более адекватная, чем накануне эмоциональная реакция. Временами улыбалась и радостно громко смеялась. Как и накануне, не ориентировалась в месте нахождения, времени, ситуации. Свою сестру не узнавала, заявляла, что она сейчас учится во втором классе, но при разговоре и обращении к ней сестры, не глядя в ее сторону, поглаживала ее по руке. Отвечала на вопросы только своей сестры и только заданные на татарском языке. При этом голову в сторону сестры не поворачивала, взгляд устремлен в пространство перед собой, неподвижен. На вопрос сестры,

что видит перед глазами, начинала чертить в воздухе круг, говорила, что крутится «карусель с племянником, там красиво». На вопрос, любит ли племянника, отвечала сестре на татарском языке, что очень любит, называла его по имени, улыбалась, затем громко смеялась. На вопрос, любят ли ее в школе, начинала всхлипывать, появлялись слезы и, плача, говорила, что «он» ее не любит, променял на девушку с магнитофоном. Начинала рассказывать о молодом человеке — своей первой любви. Рассказывала об этих событиях как о происходящих в настоящее время и вызывающих у нее сильные переживания. Повторяла многократно про зеленое платье, которое было надето ею на сабантуй много лет назад, часто сопровождала рассказ про зеленое платье словом «матур» (красивое). Затем начинала говорить, что не любит учительницу математики, что не хочет ходить во вторую смену в школу, перечисляла имена одноклассниц. Всхлипывая, говорила, что мама ругается, что она сейчас шьет зеленое платье на сабантуй.

(Врачи фиксируют нечто необычное, не вписывающееся в классическую клинику помрачения сознания. Мы фиксируем сдвиг в сознании пациентки сегодняшней ситуации в прошлое, напоминающее экмнезию, но с той разницей, что это имеет место быть при помраченном сознании, и это — не перенос ситуации далекого прошлого в сегодняшний день, а перемещение личности самой больной в «машине времени» назад, в прошлое, в психогенно-значимый момент жизни, измену любимого.)

Все это говорила с широко открытыми глазами, устремив застывший взгляд в пространство. Как только перед ее открытыми глазами встал врач, жестом показывала, чтобы он отошел, пояснив, что врач загородил видение племянника, при этом проявляет недовольство и беспокойство. После того как врач отошел, успокоилась, вновь закрыла глаза и вновь заговорила о красивом месте, где крутится племянник. За все время длительной беседы ни разу не ответила ни на один вопрос кого-либо, кроме сестры. Не выполняла инструкций и просьб врача, и только один раз выполнила просьбу на русском языке — показать язык. Отвечая на часть вопросов сестры, ни разу прямо не сказала, сколько ей лет, где она находится, в какой класс школы ходит, в ответ на вопрос о смерти племянника начала всхлипывать, говорить о бабушке, трогать свою щеку, говоря, что щека поранена. Вторую ночь также спала после инъекции реланиума. Утром следующего дня (на 4-й день от начала заболевания) «вышла» из состояния помраченного сознания после того, как соседка по палате облила ее случайно соком. Заявляла, что не знает, где находится, что с нею случилось, что ничего из происшедшего с нею в последние дни не помнит. Вскоре охотно согласилась на беседу с большой аудиторией врачей. При беседе: внешне опрятна, выражение лица спокойное, взгляд живой, заинтересованный. Охотно садится на предложенное кресло. Довольно легко вступает в контакт, подробно отвечает на все вопросы. Голос тихий. Словарный запас богатый, грамматический строй речи правильный. В окружающей обстановке и собственной личности ориентирована полностью. Жаловалась на слабость. Сообщала анамнестические сведения. Сообщила, что не помнит почти ничего, что произошло с ней. Все вышесказанное ею в состоянии психического расстройства воспринимала как сон. На вопрос об особенностях своего характера, отвечала, что она требовательна ко всем окружающим, особенно к близким. Считает себя хорошим специалистом и самой элегантной женщиной в школе. О муже говорила хорошо, но отмечала, что всегда считала его ниже себя по интеллекту и положению в обществе, недостойным ее.

(Мы слышим повторение мотивов анамнеза о собственном превосходстве: «Я ль на свете всех милее, всех румяней и белее?»)

Винила себя в неправильном отношении к детям и заявляла, что в дни похорон племянника и позже много думала о своем неверном и несправедливом отношении к собственным детям. Держалась в беседе спокойно, с достоинством, заявляла, что откровенно отвечает на вопросы и дает себе точные характеристики. Заинтересована в разговоре. Спокойно воспринимала известие о перенесенном психическом расстройстве. Заявляла, что ничего не помнит о том, что происходило вокруг нее и с нею, но вместе с тем часть переживаний, испытанных в состоянии психического расстройства, воспроизводит, оценивая это, как необычный сон.

Соматическое состояние: ниже среднего роста, пониженного питания, правильного телосложения. Со стороны внутренних органов выраженной органической патологии не выявляется. АД 115/70мм рт. ст.

Неврологическое состояние: зрачки правильной округлой формы, реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию живые. Глазные щели одинаковые. Движения глазных яблок в полном объеме. Носогубные складки симметричные. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексy живые, S^{AD}. Патологических знаков не определялось. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполна точно.

Из обследований:

ЭХО-ЭС — смещений срединных структур мозга не выявлено, III желудочек не расширен. ЭЭГ — диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга средней степени выраженности в сторону дезорганизации мозговой ритмики, очаговой активности не выявлено.

РЭГ — мозговой кровоток достаточный. Нормальный тонус артериальных сосудов. Реакция сосудов на нитроглицерин адекватна.

Диагноз: острый истерический психоз; синдром Ганзера со сдвигом ситуации в прошлое, F44.80.

При анализе данного эпизода дифференциальный диагноз в силу массивности и остроты переживаний необходимо было в первую очередь провести с острым приступом шизофрении в виде классического онейроидного или редуцированного онейроидного синдрома. Отсутствие наследственной отягощенности, отсутствие в преморбиде каких-либо черт личности шизоидного регистра, отсутствие компонентов острого чувственного бреда, отсутствие грезоподобности переживаний, но наличие истинных, а не псевдогаллюцинаций, отсутствие двойной ориентировки, но нарушение ориентировки в собственной личности, отсутствие каких-либо нарушений мышления шизофренического спектра, отражение в психопатологических расстройствах психогенного момента, сужение, а не тотальное помрачение сознания — все это позволило исключить эндогенную природу данного психического расстройства. Наличие шизофреноподобного расстройства в рамках какого-либо органического заболевания головного мозга можно было исключить ввиду отсутствия органического заболевания головного мозга и как этиологического момента, и как клинкообразующего, патогенетического фактора. В психическом состоянии больной на протяжении всего периода наблюдения этого короткого психоза отсутствовали какие-либо психопатологические феномены органического регистра: не отмечалось специфических нарушений памяти, интеллекта, когнитивных функций по выходе из психотического приступа, ни эпилептиформной или иной очаговой активности, ни психосенсорных нарушений.

Таким образом, развитие описываемого психотического эпизода происходило, по нашему мнению, следующим образом. У преморбидно демонстративной личности внезапно, через шесть-семь дней после психогении (безвременная смерть и похороны любимого племянника), случившейся на фоне конфликта на работе, возник психотический эпизод с помрачением сознания. Он начался с истерических рыданий и смеха, что часто описывалось как типичные компоненты острых истерических психозов. Затем развилось помраченное (резко суженное) сознание с фрагментарным восприятием окружающей ситуации, мозаичностью воспоминаний о пережитом, невозможностью установления с больной словесного контакта, присоединением истинных психогенных галлюцинаций. В содержании истинных галлюцинаций отражались психогенные переживания: видела племянника в окружении красивого пейзажа, катающегося на карусели. Это «видение» занимало место в пространстве (экстрапроекция), что больная акцентировала, требуя отойти в сторону врача, заслоняющего видение племянника. На фоне значительного сужения сознания произошел сдвиг в прошлое на двадцать и более лет, при этом ощущала себя школьницей, видела себя в красивом детском платье, обращалась к сестре как к маленькой, общалась с первым возлюбленным, покинувшим ее «на мотоцикле с другой девушкой». Переживания сопровождались выраженными эмоциональными реакциями, отражающимися в демонстративной мимике, голосе, слезах. В соответствии с критериями Ясперса имели место все четыре компонента синдрома помраченного сознания. Таким образом, факт наличия помраченного (резко суженного) сознания подтверждается всеми клиническими проявлениями психотического приступа. В то же время отмечалась типичная именно для истерических сумерек относительно неглубокая степень помрачения сознания, что проявлялось в реагировании на обращение сестры, избирательное реагирование на татарскую речь при полном невосприятии русской речи, выраженные эмоциональные компоненты, сопровождающие галлюцинирование, выполнение, хотя и однократное, инструкции врача показать язык. Отмечались «мимоответы» и «мимодействия». Главным отличительным признаком, кроме суженности, а не тотальности помрачения сознания, для описываемого эпизода явилось отражение в содержании психопатологических переживаний психогенного момента — видений умершего племянника, переживаний событий двадцатилетней давности, эмоционально значимых для больной. Выход из психотического эпизода произошел быстро, на третий день степень сужения сознания несколько уменьшилась, начала отвечать на простые вопросы сестры, оставалась дезориентированной, недоступной контакту с врачами и медперсоналом. Через 4 критических дня без применения нейролептических средств вышла из психотического состояния. Учитывая реактивный характер психоза, особое эмоциональное сопровождение, черты явной акцентуации личности демонстративного типа,

проявляемые на протяжении всей жизни и подтверждаемые анамнезом, данное помрачение (сужение) сознания более всего укладывалось в клиническую картину синдрома Ганзера.

Особенность этого случая — относительно нерезко выраженная тяжесть психогении, четко очерченный сдвиг в прошлое, начавшийся как возвращение в детство без пуэрильного поведения, затем перешедший в сдвиг в юность, на 20 лет назад, в период наиболее значимого эмоционального переживания юности — измены любимого человека. При этом нам представляется, что этиологический момент — психогения — носила сложный характер, где наряду с болезнью и смертью племянника определенную роль сыграло вытесненное в юности переживание измены любимого человека, окрасившее сам психотический эпизод дополнительным феноменом — сдвигом переживаемого на момент сужения сознания существования и самоощущения больной в прошлое, на двадцать лет назад. Это не нарушение памяти - экмнезия, а именно сдвиг самого существования больной в суженном сознании назад, в период получения ею психогенной травмы юности. Необходимо отметить, что все психиатры начала и первой половины XX века акцентировали внимание на том, что в основе всех форм истерических психотических расстройств лежит регресс в прошлое: индивидуальный или даже видовой.

Декомпенсация истерической психопатии

После выписки из отделения в течение шести лет участкового психиатра не посещала. Никакого лечения не принимала. Вскоре переехали в другую квартиру, более удобную. Устроилась на работу в колледж при КамАЗе. Муж начал выпивать, «правда, не так, как все, пил только пиво». Несмотря на то что «очень любила мужа| (кто внимательно прочитал первую часть сей эпопеи, изрядно удивится данному признанию в любви), подала на развод, «чтобы он почувствовал, что теряет». Жить продолжали вместе. Недавно у мужа обнаружили злокачественную опухоль легких, он от операции отказался, был переведен на легкий труд, но продолжал пить пиво. Сына призвали в армию, в апреле 2006 г. он демобилизовался и тут же попал под следствие из-за драки, в которой «кого-то защищал». Оказалось, чтобы ему помочь, необходимо найти много денег на адвоката. Не осталось сил все это терпеть, решила отравиться и выпила 50 таблеток, но ничего не получилось, так как «другой человек умер бы», а ей ничего. Хотела прыгнуть с крыши. Но не хватило решимости.

(Итак, в дальнейшей жизни нашей пациентки мы встречаемся с декомпенсацией истерической психопатии, и это уже не психогенная реакция в виде острого истерического психоза, а декомпенсация истерической психопатии в виде типичного демонстративного суицида, с типичным объяснением демонстративной личности.)

13 июня 2006 г. самостоятельно обратилась в приемный покой ПНД с просьбой о госпитализации и жалобами на нежелание жить. В приемном покое отмечалась демонстративно шаткая походка, слезы, которые растирала руками, просила не сообщать родственникам о том, где находится.

(В отличие от больных с психотическим уровнем поражения, эта категория пациентов нередко приходит в стационар самостоятельно, инициируя госпитализацию.)

В психическом состоянии нашей героини отмечалось следующее: сознание ясное, свободной походкой входит в кабинет, внешне опрятна. Охотно садится на предложенный стул. Демонстративно плачет, всхлипывает, рассказывает, как ей тяжело. Сообщает, что всю жизнь любила мужа, который жил за нею, как за каменной стеной, но не ценил это. Теперь сын попал под следствие, не может перенести этого, лучше умереть. Боится говорить о дочери. Боится ей повредить, у нее все хорошо, просит не сообщать родным, что здесь находится. На возражения врача, что те будут беспокоиться и искать ее, говорит, что если бы она все же прыгнула с крыши, они тоже переживали бы. Так пусть думают, что так и случилось, им будет так легче.

(В этом диалоге в полной мере выявляется типичная черта демонстративной личности — эгоизм, граничащий с эгоцентризмом: «Пусть думают хуже, чем лучше, так будет им легче», — логика убийственная!)

Голос громкий, словарный запас богатый, грамматический строй речи правильный. Все виды ориентировки сохранены. Пребыванием в отделении не тяготится, говорит, что согласна находиться в любой палате, ее ничего не раздражает, чувствует себя спокойнее, глядя на страдания других людей. Перед выпиской сообщала, что довольна лечением, «зарылась, как страус, в песок, так легче перенести арест сына и домашнюю ситуацию». На словах говорит, что поддерживает мужа, «даже не знала, что он такой хороший» (поддержка особенно

эффективна из больницы, так сказать, на расстоянии — та же логика эгоцентриста). За день до выписки попросила о выписке, мотивируя началом судебного процесса над сыном.

Анализируя вторую госпитализацию и имея **анамнез** уже на протяжении всего заболевания, мы можем, во-первых, констатировать повторно правильность диагностики предыдущего эпизода как истерическое помрачение сознания, т.е. ганзеровский синдром. Во-вторых, мы подтвердили динамикой развития личности и диагностирование самой личности как истерической (демонстративной) со всеми присущими ей чертами — инфантильностью, демонстративными суицидальными попытками, эгоцентризмом, уходом от разрешения сложной жизненной ситуации в болезнь, неспособностью самостоятельно решать коллизии реальной жизни в семье.

Случай 32. Параноидальное расстройство личности

Параноидальное расстройство личности

Известно, что данное расстройство личности чаще встречается психиатрам в судебно-психиатрической практике. Не будучи большими оригиналами, мы также познакомимся с историей женщины средних лет, изложенной суховатым языком акта амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, с небольшими купюрами.

Случай 32. Параноидальное расстройство личности

П. Р.И., 1963 г. рождения. Из анамнеза известно, что родилась в Казахстане в семье служащих. Наследственность психическими заболеваниями близких родственников не отягощена. Воспитывалась обоими родителями. По характеру (с ее слов) росла обычной общительной, подвижной девочкой. Предпочитала игры «в школу», «во врачей». В школу пошла в 7 лет. Училась на тройки, четверки, пятерки. Будучи дочерью педагогов, воспитывалась в уважении к учителям, от нее требовались примерное поведение и хорошая успеваемость. Вместе со всем классом вступила в пионеры, но вскоре «под барабанный бой» была исключена из пионеров. На глазах всей школы у нее и нескольких одноклассников сняли галстуки за то, что в день православной Пасхи ходила по квартирам и собирала покрашенные яйца.

(Зная последующую жизнь нашей героини, мы можем оценить первый конфликтный эпизод с психиатрических позиций как начало становления особой структуры личности. Миллионы детей вступали и числились в пионерах, но единицы лишались красного галстука. Не каждое лыко в строку, но в данном случае эпизод более чем показателен.)

Вскоре вновь была принята в пионеры. В 14 лет также вместе со всеми вступила в комсомол, когда написала стандартное заявление, что хочет быть «в первых рядах строителей коммунизма». Выполняла разовые общественные поручения — переписывала статьи в стенгазету, собирала макулатуру, металлолом. Кончила 11 классов дневной школы, после чего работала пионервожатой в Целиноградской области, в течение 3—4 лет. Затем поступила в институт, проживая в это время в г. Алма-Ата. Закончила очное отделение сельхозинститута по специальности зоотехника. После окончания института работала в течение 5 лет в зоотехникуме в Казахстане. Поступила на педагогический факультет Тимирязевской академии (2-годичный). Получила диплом преподавателя техникума (в 30 лет). Вскоре вышла замуж за служащего, начальника ПТО, по любви. Прожила с мужем 6 лет, детей не было. Беременела один раз, был выкидыш. Через 6 лет развелась с мужем, так как «негде было жить». Проживала с мужем в квартире свекрови, которая постоянно несправедливо упрекала ее. То не те занавески повесит, то не ту новую посуду купит. Повторно гражданским браком жила 5—6 лет со вторым мужем. Рассталась также из-за позиции второй свекрови и точно так же в связи с квартирным вопросом.

(Вновь очередное лыко. Тысячи невесток ссорятся со свекровьями, но конфликты нашей пациентки ложатся один к одному из-за «несходства» ее характера с характерами иных людей.)

Работала тогда в техникуме в г. Талды-Курган. Родила от второго брака дочь, которой к настоящему времени исполнился 21 год. В 1983 г. переехала в г. Набережные Челны, устроилась работать в ЖЭУ воспитателем. Проработала там 2 года, перешла в школу, учителем биологии. Причиной перехода из ЖЭУ был конфликт с начальством. В доме общежития не работал лифт, девушки ходили пешком на 11-й этаж. Требовала от начальства восстановления работы лифта. Начальство же решило объявить воспитателя психически

неуравновешенной, для чего вызвали милицию, и вечером сотрудник милиции повез в Казань в психиатрическую больницу. В больнице ее проверили и отпустили, сказав, что здорова. Милиционер привез домой.

(Это было первым эпизодом-конфликтом с выходом на психиатрическую службу, которая в таких ситуациях, как правило, бессильна, ибо в отсутствие бреда сама по себе паранойяльность личности не лишает человека вменяемости, а получать психиатрическое лечение добровольно личности этого склада категорически отказываются, не считая себя хоть сколько-нибудь больными. Кроме того, большинство сведений, сообщаемых паранойяльной личностью, являющихся базой для образования сверхценных идей, как правило, имеют место быть.)

Из сигнального экземпляра амбулаторной карты известно, что подлинник амбулаторной карты на П. Р. И. был изъят следователем Автозаводского РОВД по Постановлению от 23.04.1985 г. для проведения судебно-психиатрической экспертизы в связи с обвинением в совершении злостных хулиганских действий. Амбулаторная карта была заведена с диагнозом 301,0 (психопатия параноическая). В сигнальном экземпляре имеется три записи. Согласно первой записи, была посещена по месту прописки, где медицинской сестре было сообщено, что гражданка П. Р. И. там более не проживает и не работает. По трем сообщениям паспортного стола была выписана внутри города, адрес новой прописки неизвестен. 26.09.86 г. была снята с учета (по выбытию). Подлинник амбулаторной карты до настоящего времени правоохранительными органами не возвращен. В последующие годы с психиатром не встречалась. Несколько лет проработала в школе № 3 преподавателем химии и биологии. Последние два года работает преподавателем биологии и химии в школе № 44. В 2000 г. произошел конфликт с директором школы из-за того, что ученики уходили с уроков без разрешения медицинского работника, по разрешению классного руководителя.

(Далее разворачивается та сама эпопея, ставшая причиной возникновения уголовного дела и проведения АСПЭ.)

Считала это недопустимой практикой, о чем заявила директору. В апреле 2002 г. директор школы не пускала в школу ни одного ученика, требовала поменять юбки и снять косметику. Выразила протест из-за «пропажи» уроков. Директор заявила, что она «ранее не работала и не будет работать в этой школе». 12.01.02 г. в школе №44 к ней пришла «дознатель» из прокуратуры... и повела ее в кабинет директора Никитенко С.А., где без предисловий объявила: «Вы попадаете под амнистию. Мы прекращаем на Вас уголовное дело за № 156 за подписью прокурора Нафикова И.С., но только вы должны расписаться на этой бумаге...» Испытуемая ответила ей: «Как могу попасть под амнистию, если я вообще не совершала никакого уголовного преступления. Ознакомьте меня, хотя бы в чем я обвиняюсь?» На что дознаватель Мустафина И. ответила: «Если вы по-хорошему не распишетесь, я вызываю наряд милиции, и вас в наручниках отвезут в прокуратуру...» Позвонили и вызвали наряд милиции. Ждали милицейскую машину. Дознаватель долго упрашивала вызвать адвоката, а затем заявила, что подает на нее в международный розыск и ее насильно привезут в прокуратуру. 18.01.02 г. ее вызвала секретарь школы и объяснила, что пришел сотрудник милиции. Она вышла, милиционер попросил пройти вместе с ним в лаборантскую, но она отказалась, пошли в учительскую. Вместе с ним зашла Мустафина И. (дознатель). Она, как и прежде, сказала: «На Вас заведено уголовное дело за подписью Нафикова С.А. по № 156, но мы закрываем это дело, так как вы попадаете под амнистию. А сотрудник милиции, если она откажется расписаться, увезет ее в прокуратуру, а если она поднимет шум, вызовут скорую из ПНД и на глазах у всей школы увезут. .. Она отказалась это сделать и хотела выйти из учительской, так как уже был звонок на следующий урок, но сотрудник милиции ее не пустил, стал держать дверь учительской. В учительской находились учителя, которые зашли за классными журналами и стали громко возмущаться... Испытуемая пришла в ужас, не стала слушать, вышла из учительской. Сайфуллин, капитан милиции, догнал ее на 4-м этаже школы, но он не ориентировался в школе, поэтому прошли не в приемную директора, а в кабинет «Биологии», где сидели уже учащиеся 7-го класса. Капитан милиции не стал заходить в класс, а потребовал с порога класса, чтобы она немедленно вышла. Учащиеся 7-го класса стали все громко кричать: «Мы не дадим нашу учительницу, почему вы за ней гоняетесь, уходите отсюда»... Директор Никитенко закрыла дверь, но так как дверь была без ручки, стала отталкивать ее от двери и сказала капитану милиции: «Закройте ей рот». Сайфуллин стал зажимать рукавом рот, схватил ее, но так как она стала вырываться и кричать, директор школы Никитенко оставила дверь, подошла к ней и стала зажимать рот... Учащиеся облепили железные решетки, стали кричать ей «Мы не оставим вас одну, мы здесь и не уйдем». Директор школы Никитенко сказала, что нужно вызвать машину скорой из ПНД... 06.02.02 г. В конце 2-го урока в 9.27в кабинет 406, где она занималась с 7-м классом, вошла сотрудник милиции из РОВД(она так представилась) и попросила пройти с ней... Зашла в учительскую и ее тут же схватили за руку.

Мальчики из 7-го класса стали оттаскивать ее от них, но учитель по труду Лукомский В.М. сильно толкнул ее в угол учительской, а сотрудник милиции Сайфуллин надел наручники. Она в ужасе стала вырываться. Они ей сказали: «Если не распишетесь, увезем в психдиспансер». Через 2 ч приехала скорая из психдиспансера и ее увезли».

(Мы выслушали одну сторону. Как никогда, просто необходимо познакомиться со второй стороной, ибо сведения, сообщаемые «потерпевшими», должны, вероятно, быть прямо противоположными по сути.)

Из показаний потерпевшего известно, что 21.12.2000 г. была контрольная работа. П. Р. И. увидела в журнале, что у К. М. поставлена оценка «4» не ее почерком, она стала выяснять, кто ее поставил. Не дождавшись разъяснений и ответа, она объявила, что всему классу за четверть поставит «двойки». Класс возмутился, все стали кричать, что из-за одного человека, который поставил оценку, всему классу ставят за четверть «двойки». После чего все затихли, так как 77. Р. И. сказала всем сидеть тихо и делать контрольную работу. Через некоторое время прозвенел звонок. Класс стал собираться. К.М. подошел к ней и спросил, почему из-за него всему классу хотят поставить «двойки». П. Р.И. ответила: «Нечего было ставить оценку». К. вновь возразил и спросил, почему всем поставят «двойки». После этого П. Р. И. сказала, чтобы он не кричал на нее. Из-за того что она вывела его из себя, он послал ее на три буквы и назвал ее «дурой». Затем вышел из класса... 21.12.2000 г. около 18 ч К.М. с отцом пришли к П. Р. И. У нее в это время был урок, она попросила учеников подождать. Он и отец зашли вместе с П. Р. И. в лаборантскую комнату. П. Р. И. предложила потерпевшему сказать отцу, как и куда он ее послал или же она скажет сама. К.М. не сказал, так как перед отцом было стыдно. П. Р. И. сама сказала, как он ее послал. После чего она стала кричать на него, отец не вступал в их разбирательство. П. Р. И. махала линейкой перед ним и хотела ударить его. П. Р. И. отвернулась на некоторое время от потерпевшего и через 10 с повернулась в его сторону резко и ладонью правой руки ударила один раз по левой щеке.

(Нужно сказать, что потерпевшая сторона фактическую сторону конфликта описывает довольно сходно с самой испытуемой, за исключением некоторых деталей.)

Из заключения СМЭ в отношении К.М.: «Заключение: на основании медицинского освидетельствования гр-на К. М. 1986 г. р., принимая во внимание обстоятельства дела, заключаю, что на момент осмотра каких-либо наружных телесных повреждений на теле не обнаружено, в том числе и на лице. Факт причинения побоев относится к компетенции органов дознания, следствия, суда». Из объяснения прокурору: «Мы написали заявление на имя директора... После этого она приходила в класс, угрожала снизить всем оценки до «двойки», и тогда мы всем классом остались бы на второй год. Требовала, чтобы мы забрали заявление. Заставила написать извинительные записки. Я ее не боялась, но другие в классе испугались, пошли к директору забрать заявление. Но она нам не отдала.». Из личных записок учеников (С. Лили, Г. Олеси, Ш. Ландыш), приложенных к материалам дела, известно, что они просят у П. Р. И. извинений за плохое поведение на уроках, грубое обращение к ней, раскаиваются в составлении заявлений на имя директора школы, признаются в уважительном отношении к ней — П. Р. И.). Из производственной характеристики известно, что в 2000—2001 учебных годах П. Р.И. преподавала химию и биологию в старших классах, имея стаж работы учителя по названным предметам. Она изучила содержание программного материала, а также методику преподавания. На своих уроках использует традиционные формы ведения урока. Требовательна к учащимся. В течение прошлого учебного года у П. Р.И. случившимися наблюдались конфликты. Учащиеся жаловались классным руководителям на необоснованность выставления оценок, снижение оценок за отсутствие учебника, тетради, а также за дисциплину, занималась рукоприкладством. С письменным заявлением учащиеся обращались к директору школы, где изложили все свои претензии к учителю. На замечания руководства школы П. Р.И. не реагировала, все отрицала, игнорировала все указания администрации школы, конфликтовала с родителями учащихся.

Из характеристики с места жительства.

Известно, что П. Р.И. проживает по данному адресу с 1989 г. За это время показала себя с положительной стороны. С соседями вежлива и доброжелательна. Общественный порядок не нарушает.

Из показаний свидетеля Е. И.В. известно, что класс стал возмущаться, что им поставили «двойки», и изложил свои претензии к К.М., которому стало обидно, что из-за него всему классу поставили «двойки», и он обратился к учительнице П. Р.И. с вопросом, почему всему классу поставили «двойки». Она отказалась отвечать. В это время прозвенел звонок, и весь класс стал собираться домой. Учащиеся стали выходить, и К.М. снова обратился к П. с вопросом, почему всем поставили «двойки». П. Р.И. прогнала его. К.М., уходя, назвал ее «дурой». П. Р.И.

обиделась и вызвала его родителей. Пришел его отец, П. поговорила с ним. Со слов К. М. он узнал, что отец его сильно ругал за то, что он назвал ее «дурой», и попросил извиниться перед П.

Из показаний свидетеля К. А.В. известно, что класс был возмущен, почему всем ставят «двойки». К.М. сказал: «Почему всем из-за меня ставят «двойки», поставьте мне, а не всему классу». Через некоторое время прозвенел звонок, и все возмущенные вышли из класса, а К.М. при выходе «послал ее и обозвал дурой». П. ему сказала, чтобы он на ее урок без родителей не возвращался. Со слов одноклассников, отец К.М. строго поговорил с ним и заставил извиниться, а что было на встрече родителей К.М. и учительницы, он не знает и не слышал, у К.М. он не интересовался.

Из показаний свидетеля Р. Ю.В. известно, что К.М. она может охарактеризовать средне, находился под влиянием одноклассников Н. и К. Эти ребята влияли на него отрицательно. Случай, который произошел между П. Р.И. и К.М., она не помнит, так как было очень много случаев, когда К.М. конфликтовал с П. Р.И.

(Итак, из текста сухих протоколов и допросов можно сделать однозначный вывод о том, что само по себе уголовное дело яйца выеденного не стоит и непонятно, то ли ударила Р.И. потерпевшего линейкой по лицу, то ли нет. СМЭ отмечает отсутствие телесных повреждений. Все подтверждают только то, что потерпевший действительно послал учительницу более далеко, чем позволяют приличия. Но суть дела не в этом. Выходя за пределы уголовного дела, чего не имеют права совершать эксперты, но могут домысливать авторы книжек и пособий, можно предположить, что своей борьбой за справедливость наша героиня «достала» и директора, и учителей, и учащихся, и милицию. Все ждали удобного случая, чтобы попытаться изгнать ее из своей среды, такой случай не замедлил появиться.)

Соматическое состояние: ниже среднего роста. Правильного, астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, на дистальных отделах обеих запястий красно-синюшные кровоподтеки — следы от наручников. Со стороны внутренних органов выраженной органической патологии не выявлено.

Неврологическое состояние: без выраженной очаговой органической патологии центральной нервной системы.

Психическое состояние: сознание не помрачено, правильно называет себя, свой возраст, текущую дату, место пребывания. Знает, что доставлена в психоневрологический диспансер, но считает, что ее доставили для госпитализации. Несколько удивилась, узнав, что привезена на экспертизу. Спрашивает, будет ли отпущена домой или «закроют» надолго. Также с удивлением узнает о действительно имеющемся уголовном деле, необходимости проведения экспертизы. Весьма охотно и многословно отвечает на задаваемые вопросы. Будучи испуганной и встревоженной, в ходе беседы успокоилась и начала последовательно сообщать анамнестические сведения. С осторожностью излагает некоторые события личной жизни, в частности предупреждает, что не хотела бы сообщать некоторые подробности взаимоотношений с мужьями, считая это интимным вопросом для нее. Не сразу сообщает, что имеет дочь, и сообщила это только после заверений, что ей ничего не грозит, но тут же спрашивает, не угрожает ли что-нибудь ее дочери, не привезут ли дочь сюда, как ее.

(Эти высказывания можно было бы считать отрывочными сверхценными идеями персикоторного плана, но для однозначной оценки не хватает фактуры в уголовном деле, а сама подэкспертная эту тему более не развивает.)

Сообщает, что первый конфликт с директором школы произошел, когда от нее потребовали сдать анализы в СЭС, не выплатив отпускные деньги. Деньги не выплачивали из-за незавершенности обходного листа, а анализы она не могла сдать из-за отсутствия денег. Называет это порочным кругом. Не соглашалась с практикой сбора с детей по 50 рублей на ремонт школы и считает это причиной второго конфликта. Рассказывает, что третьим конфликтом явилась ее просьба к лаборантке посидеть на экзамене, так как другие учителя не захотели и не смогли. Директор расценила это как превышение полномочий, хотя это была лаборантка именно по тому предмету, по которому проходил экзамен. Категорически отрицает сам факт пощечины. Сообщает, что, когда происходила беседа с отцом «потерпевшего» и с самим К.М., отец предложил ей дать сыну пощечину, но она отказалась, заявив, что только отец может это делать: «Я всегда знала, что ударить подростка — это подписать себе приговор». Заявляет, что мальчик на следующий день извинился, и инцидент был исчерпан. Почему через семь месяцев завели уголовное дело по «факту нанесения побоев», она не знает, но может предполагать, что это — инициатива директора школы. Заявляет, что всегда обостренно реагировала на несправедливость, независимо по отношению к кому она проявлялась. Считает, что в советское время было много хорошего и чистого, сейчас же везде, в том числе в школе, появилось много неправильного, учителей заставляют бороться не за знания, а за оценки учеников, часто липовые и незаслуженные, много произвола и бандитизма на улицах.

Приводит пример, когда учительницу ее школы убили из-за конфликта с учениками старших классов. Крайнеобеспокоена случившимся с нею, много раз спрашивает совета, стоит ли ей жаловаться на произвол милиции, прокуратуры, которые на глазах всей школы заковали ее в наручники, как убийцу, высмеяли и объявили сумасшедшей.

(Итак, время - плохое. Директор школы и самое образование сейчас - плохие. В милиции произвол, на улицах — бандитизм. Казалось бы, каждый встреченный на улице прохожий повторит то же самое, ибо время перемен находит больше хулителей, чем почитателей. Но, в отличие от нашей героини, встречный прохожий будет держать эти мысли в своей душе, не подчиняя свою жизнь разоблачению безобразий. Подавляющая часть гармоничных личностей вовсе не торопится принять за истину известный постулат К. Маркса: «Счастье — это борьба».)

При этих словах плачет. Себя психически больной не считает и очень обрадовалась сообщению об отсутствии у нее душевного заболевания. Спокойно реагирует на заявление эксперта о наличии особенностей характера, заявляя, что у нее действительно непростой характер. Но тут же спрашивает, неужели из-за этого нужно привозить насильно в психдиспансер. Соглашается с доводами членов комиссии о необходимости время от времени искать компромиссы с директором школы, учениками, что жизнь сложнее схем и принципов. Тут же приводит примеры, когда, понимая это, спокойно реагировала на сложные ситуации в жизни. На примере отношений с потерпевшим сообщает, что сразу после извинений никаких неприятностей в их отношениях больше не было, что она даже преподает сестре этого мальчика и относится к ней очень тепло, так как сестра К.М. отличается в лучшую сторону от брата. В ходе беседы речь обстоятельна, отличалась многословным объяснением своих поступков. Память сохранная. Интеллект выше среднего уровня. Эмоциональные реакции насыщенные, напряженные. Дважды за время беседы начинала плакать, но довольно быстро успокаивалась. В ходе разговора дважды обнаруживала повышенную тревожность, когда речь шла о дочери и своей собственной судьбе в смысле отношений с психиатрической службой.

(Итак, в психическом статусе мы можем отметить склонность к застреванию на конфликтных ситуациях, которые рисуются исключительно в благожелательном для себя свете. Это качество паранойяльных личностей, которое Леонгардт называет «сверхпамятливостью». Сам по себе статус занимает довольно большое место для акта экспертизы, обычно составляемый сухим, отточенным языком, ибо многоречивость и обстоятельность не могли не отразиться в описании психического состояния. Можно цепляться за отдельные высказывания и опасения за жизнь дочери, но как таковых бредовых идей не фиксируется.)

Патопсихологическое обследование. Испытуемая охотно вступает в беседу, подробно рассказывает о сложившейся конфликтной ситуации, отвлекается на несущественные детали, на аффективно значимые темы. Временами заметно волнуется. Себя считает психически здоровой. Характеризует себя: «Эмоциональный человек, не люблю неправду, очень эмоциональная в отношении неправды...» Правонарушение отрицает. Используемые методики: СМЛП, Сонди - исследование индивидуально-психологических особенностей. Результаты обследования по методикам. При процедуре тестирования испытуемая стремится все отрицать, не задумываясь над содержанием утверждений, а также дает максимально нормативные ответы. При использовании проективного метода теста Сонди отказывается «выбирать» портреты, ссылаясь на то, что она напугана и не знает, как нужно правильно это делать. После неоднократных уговоров согласилась на процедуру тестирования. По данным личностных методик испытуемая выявляет высокий уровень мотивации достижения, активность личностных позиций, стремление производить впечатление на людей, поиски признания своих заслуг, нетерпимость к возражениям, недоверчивость. Таким образом, П. Р.И. обнаруживает выраженную акцентуацию характера мозаичного типа.

Выводы: ответить на вопросы о наличии физиологического аффекта или иного эмоционального состояния у испытуемой в момент совершения инкриминируемого ей деяния не представляется возможным ввиду отрицания подэкспертной самого факта правонарушения. В момент совершения инкриминируемого деяния могла осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность и руководить своими действиями.

По данным психологического исследования и оценки психического состояния обнаруживает паранойяльное расстройство личности с преобладанием черт сенситивно-паранойяльного и эпилептоидного спектра, что подтверждается ригидностью, отстаиванием справедливости, стремлением «добиться правды», повышенной конфликтностью, «сверхпамятливостью» в сочетании с обидчивостью, уязвленностью, плаксивостью. В то же время имеющиеся проявления паранойяльной личности не достигают степени выраженных бредовых идей,

сверхценных по механизму их образования, переживания всегда носят конкретный, предметный характер, связаны с реальными психогенными ситуациями. В течение многих лет испытуемая оставалась трудоспособной и социально адаптированной, работала много лет педагогом, растила дочь. В принудительных мерах медицинского характера не нуждалась. Как нам называть те эпизоды из ее жизненной судьбы, когда она попадала в поле зрения и исследования психиатров? Всегда ли мы обнаруживали поводы для возникновения ее протестных реакций. Если верить в предоставляемые ею сведения, каждый эпизод борьбы с несправедливостью в нашей жизни провоцировался тем или иным реальным событием, и это есть та «почва», которая порождает сверхценные идеи. Поскольку все конфликтные ситуации, включая и эпизоды уголовного дела, находятся в плоскости ее структуры личности, ничего нового не добавляя, их нужно именовать декомпенсациями основной структуры личности — декомпенсациями паранойяльного расстройства личности.

Случай 33. Шизоидное или шизотипическое расстройство личности?

Шизоидное расстройство личности

Шизоидное расстройство личности — самое сложное по феноменологическим проявлениям расстройство личности. Сложность усугубляется еще и тем, что зачастую обнаруживается массивная наследственная отягощенность. До сих пор идут споры, что же это такое — мягкое течение шизофрении или аномалия личности. Не вдаваясь в долгие теоретические диспуты, мы примем за отправной момент временной фактор. Если «мягкое» психическое расстройство возникает в ранние годы жизни и сопутствует человеку всю жизнь — вероятнее всего речь идет об аномалии личности. Если же аналогичное «мягкое» расстройство появляется в качестве рубежа, некоей особенной отметины, после которого судьба делает поворот, изгиб, вираж, это более похоже на вялотекущую шизофрению. В профессиональной жизни каждого психиатра набирается несколько десятков случаев, когда окончательный диагноз в истории болезни был выставлен, а вот в душе врача, в его разуме поселился непокой, неудовлетворенность, незаконченность. Среди наших примеров также имеется пять-шесть таких случаев из жизни. Предлагаемый — один из них. И пусть бог уберезет нас от таких коллег, которые смогли бы безапелляционно высказать по таким больным «истинно верное суждение».

Случай 33. Шизоидное или шизотипическое расстройство личности?

У А.М., 1985 г. рождения, студент.

Впервые поступил в психиатрическое учреждение 30 июня 2003 г. на стационарное обследование по линии райвоенкомата.

Анамнез. Со слов больного, матери больного, из медицинской документации известно, что наследственность психопатологически отягощена: бабушка по линии матери и родной брат матери страдают хроническим психическим расстройством (шизофренией).

(Итак, с первых строк истории болезни мы имеем упоминание о массивной наследственной отягощенности, причем родственным по феноменологии с предполагаемым расстройством личности.)

Родился от первой нормально протекавшей беременности (мать в это время была студенткой медицинского института). В родах безводный период продолжался 7 ч, отмечалось асинклитическое вставление головки, родился в асфиксии (из обменной карты). В течение недели находился в реанимации.

(Долго не раздумывая, мы должны предположить, что столкнемся в будущем развитии нашего пациента с проблемами последствий родовой травмы.)

Рос ослабленным, болезненным ребенком. Инвалид детства по поводу бронхиальной астмы атопической формы. С детства был «странным» ребенком, держался отчужденно, предпочитал уединяться, с детьми не общался, ни в какие игры не играл, не любил шумных компаний, целыми днями мог бродить по двору, собирать камушки, палочки, которые часами рассматривал, перекладывал их с места на место.

(С первых лет жизни регистрируются важнейшие особенности личности ребенка явно шизоидного регистра.)

К детскому саду адаптироваться не смог, капризничал, плакал, сбегал. В школу пошел с 7 лет. 5 классов окончил на «отлично», затем успеваемость снизилась. Во время учебы в школе часто жаловался на головную боль, утомляемость, был угрюмый, неразговорчивый, избегал шумных компаний, не мог долго готовиться к предметам, так как быстро уставал, усиливалась головная боль.

(Особенности психического состояния, связанные, скорее всего, с родовой травмой.)

В 1998 г. попал в автомобильную аварию, получил ушиб мягких тканей головы, признаки 34МТ отрицает. С 2000 г. состояние еще более усугубилось, появилось нарушение сна, стал еще более угрюмый, мрачный, появился страх за жизнь, ощущение, что «можно умереть и ничего не успеть сделать». Стало казаться, что окружающие люди посмеиваются над ним, «недобро поглядывают».

(Что это? Тот самый вираж, поворот, рубеж или декомпенсация развивающегося расстройства личности в период пубертатного криза?)

С этого же времени начал отмечать нарушения «процесса мышления», «мысли в голове путаются, в течение длительного времени крутится одна и та же мысль, тяжело соображать». Отмечает снижение работоспособности, стало тяжело учиться, не усваивал материал. Закончил школу на «удовлетворительно». В настоящее время учится в КамПИ на автомеханическом факультете, на III курсе. Сам больной согласился на учебу пассивно. Заинтересованность к выбранной профессии в процессе обучения не появилась, хотя занятия посещает регулярно. Учеба дается тяжело, сам объясняет это «трудностями сосредоточиться... голова в постоянном напряжении, повышенной утомляемости...», часто сдает экзамены в дополнительную сессию. Со слов матери, сын по характеру раздражительный, неуравновешенный, пассивный, молчаливый, необщительный, очень сложные отношения с сестрой, «могут убить друг друга», с матерью постоянные скандалы, не терпит телефонных звонков, гостей в доме, даже родственников («через 30 мин начинает выгонять»). Друзей не имеет, из дома почти не выходит, большую часть времени проводит в комнате.

(Заканчивая изучение анамнеза, мы отмечаем выраженные шизоидные изменения личности, констатированные матерью, прослеженные ею на протяжении многих лет. Мать не акцентирует внимание на последних событиях анамнеза.)

Интересуется музыкой, компьютерами, в свободное время смотрит фильмы.

Психическое состояние при первой госпитализации: сознание не нарушено. Внешне опрятный. Ориентирован верно. К беседе относится пассивно, большую часть времени молчит. Предпочитает, чтобы больше рассказывала мать. На вопросы отвечает по существу, односложно. Анамнестические сведения сообщает путем ответов на вопросы. Настроение снижено, выражение лица спокойное, безразличное. Мышление несколько замедленное. Быстро утомляется. Отмечает, что временами бывает «обеспокоен какой-то мыслью», которая вытесняет другую, он ее забывает, теряет мысль, о чем нужно думать, трудно становится соображать. Бредовых идей не высказывает. Уровень интеллекта соответствует полученному образованию. Критика к имеющемуся состоянию несколько формальная.

ЭЭГ от 06.06.03 г.: умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга, свидетельствующие об ирритации по всей конвексальной поверхности. Очаговых и пароксизмальных изменений не выявлено.

Краниограмма от 03.06.03 г.: признаки внутричерепной гипертензии.

РЭГ: объем пульсового кровенаполнения достаточный, тонус сосудов в ВБ повышен с венозной гипертензией.

Патопсихолог 01.07.03 г.: обследование личности выявляет нарушение по астено-невротическому типу с шизоидными включениями. Внимание неустойчивое, темп умственной работоспособности замедлен, операционная сфера мышления без грубых нарушений. Долговременная память не нарушена, отмечается слабая динамика заучивания при механическом запоминании.

В результате обследования установлен диагноз шизоидного расстройства личности, в стадии декомпенсации на резидуально-органической почве.

Повторно находился в дневном стационаре ПНД с 29.01.04 по 25.02.04 г., куда обратился с жалобами на периодические **головные боли** ноющего характера с преимущественной локализацией в правой височной области, сопровождающиеся головокружением, редко тошнотой, усиливающиеся в вечернее время, при психофизических нагрузках, при перепадах атмосферного давления. Жалуется на трудности сосредоточиться, ощущение, что «голова забита мыслями», «часто возникают мысли, противоречащие друг другу, или длительное время крутится одна и та же мысль».

(Что это? Патологическое расстройство мышления, ментизм или особенности мышления шизоидной личности?)

В транспорте «укачивает, тошнит, даже при поездках внутри города». Кроме того, затруднено засыпание. По 1,5—2 ч не может заснуть, связывает это «с мыслями в голове». В психическом статусе: сознание не нарушено. Внешне одет опрятно. Ориентирован верно. В начале беседы, пока на приеме присутствовала мать, сидел, опустив голову, в разговоре участия не принимал. Оставшись наедине с врачом, немного оживился. Несмотря на бедность эмоциональных реакций, некоторую однообразность мимики, заинтересовался беседой, по существу отвечал на вопросы, хотя многословностью не отличался. Голос тихий, монотонный. Речь невыразительная. Рассказал о своих жалобах. Настроение ровное. Внимание привлекается, удерживает. Мышление по темпу замедленное, по стройности не нарушено. Грубых мнестических и интеллектуальных нарушений не выявляется. Отрицает «голоса», **брёда** активно не высказывает. Охотно согласился на лечение.

Больной регулярно посещал отделение. На фоне проведенного лечения отмечает значительное улучшение состояния. Выровнялось настроение, стал более активным, общительным. Охотно занимается учебой. Головные боли не беспокоят. Прошло ощущение, что в голове «крутятся одни и те же мысли». Доволен лечением. Благодарит. Выписывается с улучшением. Наблюдение психиатра консультативное.

Последняя госпитализация с 05.05.05 по 09.06.05 г. Поступил с жалобами на редкие головные боли ноющего характера разной локализации, «зудящие» по характеру, возникающие при умственных нагрузках, перепадах атмосферного давления. Жалуется на трудность сосредоточиться, ощущение, что «голова забита мыслями». Беспокоит повышенная утомляемость: «К вечеру еле передвигаю ноги». Жалуется, что преобладает сниженный, несколько мрачный фон настроения. Тяготеет общества и шумных компаний, возникают внутреннее напряжение, раздражение и агрессия».

Психическое состояние: в отделение пришел в назначенный день. Терпеливо дождался своей очереди, по приглашению вошел в кабинет. Походка неторопливая, движения скудные, несколько замедленные. Сознание не помрачено. Внешне одет опрятно. Ориентировка всех видов сохранена. Настроение несколько снижено. Взгляд тусклый. С самого начала беседы, несмотря на бедность эмоциональных реакций и некоторую однообразность мимики, проявил интерес к разговору, по существу достаточно полно отвечал на вопросы, хотя многословностью не отличался. Голос тихий, монотонный. Речь невыразительная. Рассказал о своих жалобах, поделился некоторыми рассуждениями о своих проблемах. Считает, что общение с девушкой в настоящее время повредит его учебе, «придется много времени терять на общение с ней...».

(Встречающееся у шизоидов рационалистическое объяснение отсутствия интимной жизни.)

Не раз в ходе беседы подчеркнул, что комфортнее себя чувствует один, не любит шумные компании, старается избегать общества. Жалуется на то, что «голова постоянно забита ненужными мыслями», «напряженная», с этим связывает трудности сконцентрироваться, усвоить материал. Внимание привлекается, удерживает. Мышление по темпу замедленное, по стройности не нарушено. Грубых мнестических и интеллектуальных нарушений не выявляется. Острой продуктивной психопатологической симптоматики на момент осмотра не выявляется. Охотно согласился на лечение. Больной начал посещать отделение, принимать лечение. Параллельно собирается продолжить учебу, сдачу зачетов. В отделении спокоен, ни с кем не общается, получив все процедуры, уходит на занятия, домой. В течение последующего года, со слов матери, жалоб на здоровье не было. Закончил институт, поступил на работу и весьма успешно трудится. Установлено консультативное наблюдение. В амбулаторной карте ни одной записи после выписки из стационара нет.

При анализе случая следует отметить, что при всех трех госпитализациях врачи, проводя ВК, постоянно колебались в диагностике между расстройством личности

шизоидного типа и шизотипическим расстройством личности (т.е. вялотекущей шизофренией). Повторим, что с раннего детства отмечались особенности личности в виде врожденной аутизации, некоторой отгороженности, эмоциональной «прохладности», особенностей мышления. Особых всплесков, манифестаций, экстазов болезненного состояния не отмечалось. В критические возрастные периоды особенности личности актуализировались. Но при всем том социальная динамика личности не приостанавливалась; хуже, чем были, межличностные отношения не стали. Особенность данного случая — заметное присутствие в клинической картине посттравматических проявлений — астено-вегетативных и церебральных, легких когнитивных нарушений, головной боли. Вполне вероятно, что у молодых коллег сложится иное впечатление об этом случае, ну что ж, того и хотели...

Случай 34. Реактивная депрессия на фоне сосудистой патологии мозга

Психогенные и реактивные психические расстройства

Из курса общей психопатологии мы уже знаем, что для любого реактивного состояния, невротического или психотического уровня, характерна триада, описанная К. Ясперсом. В содержании болезненных переживаний обязательно отражается психотравмирующая ситуация. Начинается реактивное расстройство, как правило, непосредственно сразу за психогенией. И третье — после разрешения психотравмирующей ситуации само психическое расстройство проходит. Жизнь более богата, чем любые схемы и правила выдающихся ученых. Спросим себя сначала о самом очевидном. А какова будет динамика реактивного состояния (невроза, психоза, реакции — неважно), если психотравмирующая ситуация не разрешается? Не встанет из могилы погибший сын, умершая от лейкемии дочь. Не восстановится девственность и нравственный покой у изнасилованной девочки. Не вернется (в большинстве случаев) изменивший и разлюбивший муж. Народ ответил на этот вопрос так: «время лечит». Да, острота реакции на тяжелую психотравму стирается с годами, но само психогенное событие остается. А какова динамика состояния в эти годы? Второй вопрос, который мы зададим себе: а каково будет клиническое течение болезни, если тяжелая психогения возникает на фоне иных психических нарушений? Для примера — сюжет из жизни.

Случай 34. Реактивная депрессия на фоне сосудистой патологии мозга

Х. Н.М., 1951 г. рождения.

Поступает повторно в дневной стационар 25.05.05 г.

Жалобы при поступлении: на страх находиться в собственной квартире, страх преследования со стороны преступной группировки, страх сойти с ума: «Лишь бы крыша не поехала».

Анамнез (со слов больной): образование - среднее, специальность каменщик. Работает в течение 6 лет санитаркой в поликлинике. Замужем, воспитывает двоих детей. Младшая дочь наблюдается у психиатра (с последствиями родовой травмы). Имеется аллергическая настроенность на ортофен. Менструации последний раз были 4 мес. назад, в течение последних 3 лет нерегулярные. Повышение АД отмечает в течение полутора лет. На **головные боли** жалуется в течение года. Самостоятельно принимает нозепам на ночь. ЧМТ отрицает. Впервые к психиатру обратилась в феврале 2003 г. с жалобами на частые головные боли в затылочной области, сопровождающиеся тошнотой, головокружением. Отмечала подъемы артериального давления до 180мм рт. ст., шум в ушах, снижение памяти на текущие события, трудности в усвоении новой информации.

В психическом состоянии в период первой госпитализации отмечалось ясное сознание, ровное настроение, охотно беседовала с врачом. В ходе беседы внимание истощаемо. Мышление последовательное, по темпу замедленное. Грубых нарушений памяти не обнаруживала. Было диагностировано органическое заболевание головного мозга сосудистой этиологии с церебральным синдромом (F06.821). Прошла лечение в дневном стационаре ПНД с 07.02.03 по 11.03.03 г.

(Итак, мы обнаруживаем изначальное сосудистое заболевание, на фоне которого, как мы узнаем очень скоро, у пациентки случится самая большая трагедия в жизни, какая только может быть у женщины-матери.)

В апреле 2005 г. был убит ее сын. В связи с резким ухудшением состояния направлена участковым психиатром на лечение в дневной стационар.

При поступлении в дневной стационар следующее соматическое состояние: среднего роста, правильного телосложения, избыточного питания. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Неврологическое состояние: зрачки округлой формы, D=S, фотореакции живые. Язык по средней линии. Мимическая мускулатура симметричная. Нарушений чувствительности нет. СПР живые, D=S. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет уверенно с обеих сторон. Менингеальных знаков нет.

Психическое состояние: на прием пришла в назначенное время, терпеливо дождалась приглашения. Медленным шагом прошла в кабинет врача, села на стул. Одета опрятно в траурное одеяние.

(Описывается признак двигательной составляющей депрессивного синдрома — заторможенность.)

Продуктивному контакту доступна. О своем состоянии говорит попутно, «между прочим», едва вспомнив характер жалоб. Больная практически не замечает вопросов врача, полностью погружена в мысли о сыне и произошедшей трагедии. Медленно, постепенно, очень подробно, не упуская ни одной мелочи, больная излагает события дня трагедии.

(Мышление и речь больной полностью сосредоточены на содержании психотравмы.)

О смерти сына говорит тихо, изредка плачет. Во время монолога больная смотрит перед собой в одну точку, не переводит взгляд на собеседника и машинообразно излагает все сведения. Речь сопровождается дерганьем нижней губы. Фон настроения резко снижен, взгляд опустошенный, уставший.

(Последние строчки психического статуса можно оценить как объективное подтверждение субъективного чувства тоски.)

Больная не замечает происходящих вокруг нее событий, погружена в собственные мысли. Жалуется, что опасается находиться дома, тяготеет к этому пребыванию: «Мне кажется, что эта банда придет, я ее боюсь». Вспоминая сына, больная говорит: «Он и сейчас передо мной стоит, ручкой машет и посылает воздушный поцелуй...»

(Не только мысли и чувства сосредоточены на содержании личной трагедии, но и представления, которые, вполне возможно, могли визуализироваться.)

Обвиняет себя в том, что противилась его отъезду в Сибирь, считает, что, может быть, этим предотвратила бы события.

(Здесь мы сталкиваемся с часто возникающими на фоне глубокой депрессии сверхценными идеями самообвинения. Это, конечно же, не бред, и тенденции к бредаобразованию здесь не усматриваются. Суждения весьма просты, понятны, эмпатичны и ситуационно обусловлены.)

Больная заинтересована в беседе, практически весь разговор без пауз рассказывала о сыне, его достоинствах и успехах, не замечая ни проведенного времени, ни реакции врача. С трудом вспоминает события последних дней, жалуется на резкое снижение памяти на текущие события.

(Вот попробуй разберись, эти когнитивные нарушения — следствие депрессии или сосудистого заболевания мозга? Пациентка акцентирует на снижении памяти внимание врача, говорит, что это наступило резко. Следовательно, скорее всего — это последствия интеллектуальной составляющей депрессивного синдрома.)

Как формулируется диагноз? Несколько лет назад мы назвали бы состояние Н.М. как реактивную депрессию, возникшую на фоне сосудистого заболевания головного мозга. Сегодня мы устанавливаем диагноз пролонгированной депрессивной реакции (F43.21, F06.71) на фоне легкого когнитивного расстройства в связи с сосудистым заболеванием мозга.

При обследовании: РЭГ — мозговой кровоток достаточный. Повышен тонус артериальных сосудов средней степени. Затруднение венозного оттока. Проводилось лечение: психотерапия, ИРТ, массаж воротниковой области (отсасывающий) №10, циркулярный душ № 10, Tab. Cavintoni 0,010 10-10-10 №30, Sol. Glycerini 50% — 400,0 по 1 десертной ложке Зраза в день за 30 мин до еды 25, 26, 27, 31, 1, 2, 6, 7, 8; Sol. Relanii 0,5 % — 2,0, Sol. Natrii chloridi 0,9% — 200,0 внутривенно капельно №3, Sol. Magnii sulfalis 25% — 5,0 внутривенно, медленно № 10, Sol. Cerebrolizati — 4,0 внутримышечно № 10, Sol. Eglonili — 4,0 внутримышечно № 10. После проведенного лечения состояние улучшилось, выраженность депрессии уменьшилась, перестала высказывать мысли о своей виновности, была настроена на выписку и на участие в судебном процессе. Выписалась с улучшением, поддерживающее лечение принимала в течение 1 мес. В последующие 7мес. больная была участником судебного процесса над убийцей сына, в результате которого преступник получил наказание сроком 12 лет.

В третий раз поступает в дневной стационар 01.12.05 г. Жалобы на нарушение ночного сна (не может уснуть до 2 ч ночи, спит с перерывами через каждые 1,5—2 ч). Испытывает тревогу, беспокойство... «...сковывает аж...». Также отмечает колющие боли в области верхушки сердца с иррадиацией в подлопаточную область, одышку, возникающую на фоне незначительной физической нагрузки. Беспокоят ноющие боли по задней поверхности бедра, усиливающиеся при подъеме из положения сидя. В настоящий момент ухудшение состояния больная связывает с постоянным напряжением по поводу возможного обращения в суд высшей инстанции со стороны преступника.

Психическое состояние: на прием пришла в точно назначенное время, терпеливо дождалась приглашения. Внешне опрятна, одета скромно, сдержанно. Войдя в кабинет с грустью отметила... «за помощью к вам пришла..». Предъявляет жалобы на значительное ухудшение сна: спит не более 4ч в сутки, сон прерывистый, поверхностный. Просыпается, как правило, с ощущением тревоги и беспокойства, показывает рукой на загрудинную область. С обидой говорит о поведении бывшей невестки... «а пьяному морю по колено, она проплакалась и все, ну как я могу после всего, что произошло, с ней общаться...». Входе беседы постоянно возвращается к теме судебного процесса, его длительности, неправомерности многих действий. Мышление последовательное, незначительно замедленно по темпу. В словесный контакт с врачом вступает заинтересованно. Речь эмоционально отражает переживания больной, модулированная. Выражение лица встревоженное, обеспокоенное, взгляд подавленный. Внимание привлекается на короткое время, больная постоянно возвращается к волнующим ее темам. Отмечается снижение памяти на текущие события. Острой психопродуктивной симптоматики не выявляется, согласилась на лечение в условиях дневного стационара.

Установлен диагноз: Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации на фоне органического заболевания головного мозга сосудистого генеза. После проведенного курса лечения выписана из отделения, в течение года в стационар не поступала. Продолжала работать. При разговоре о сыне лицо неизменно омрачалось, порой выступали слезы. Говорила, что уже «свыклась» с потерей, живет ради дочери. Продолжает жаловаться на головную боль, плохой сон, временами беспокоит тревога. Но со всеми этими невзгодами справляется самостоятельно.

На что же мы обратим внимание при анализе данного случая? Во-первых, повторим, что психогенное по этиологии психическое расстройство возникло у больной, ранее лечившейся у психиатров с легкими органическими нарушениями. Это и есть вторжение жизни в идеальную картину любого заболевания. Тяжесть самой депрессивной реакции превышает невротический уровень и является промежуточной между психотическим и непсихотическим уровнем. Феноменология депрессии явно приближается к психотическим проявлениям. Имеется и двигательная, и идеаторная заторможенность, и субъективно переживаемое чувство тоски с локализацией подавленного настроения и тревоги в типичной предсердной области. Погруженность в депрессивно-окрашенные переживания была настолько выражена, что вызывала элементы отрешенности от окружающей жизни и событий. Выраженность когнитивных нарушений при первой госпитализации была небольшой, нарушения мышления, памяти, внимания при второй госпитализации (реактивной депрессии) в форме общей брадифреничности не оставляли сомнения в истинной этиологии этих нарушений. Но вот как расценить когнитивные нарушения при третьей госпитализации? Пролонгация депрессии? Усиление когнитивных нарушений сосудистого заболевания мозга после «удара» психотравмой? Пока ответить на этот вопрос не представляется возможным. Если по миновании депрессии, полном излечении от реактивного состояния когнитивные нарушения не будут исчезать вместе с нормализацией аффективного фона, то это будет проявление нарастания сосудистой патологии мозга.

Случай 35. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветерана Чеченской войны

Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это психическое расстройство, которое диагностируется в виде отдельной нозологической формы в нашей стране только в последние десятилетия. Особенное внимание к этому заболеванию у нас стали уделять после известных трагических событий - Афганской и Чеченской войн. Если коротко суммировать суть психического расстройства - это выраженные психопатоподобные нарушения, появляющиеся спустя продолжительное время после сильной психической и физической травмы (полгода- год), сопровождающиеся навязчивыми воспоминаниями, навязчивыми сновидениями с яркой визуализированной картиной представлений и воспоминаний (flashbacks). Почти всегда представлены выраженные эмоциональные нарушения в виде дисфорий, субдепрессии или даже депрессии, сопровождающиеся злоупотреблением алкоголем, агрессивными вспышками и антисоциальными действиями. В большинстве случаев, по данным J.I.K. Хохлова и по нашим наблюдениям, первоначально возникшее функциональное нарушение замещается органическим поражением головного мозга с появлением различной выраженности психоорганического синдрома. Довольно сложно дифференцировать ПТСР и обычные последствия контузии мозга, что бывает довольно нередко в силу особенностей военных действий в современную эпоху. Приводим клинический случай с ветераном первой Чеченской войны.

Случай 35. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветерана Чеченской войны

Г. А.Н., 1975г. рождения. Поступает в дневной стационар ПНД 31.01.06г. Из анамнеза со слов больного и по данным медицинской документации известно, что родился в городе Набережные Челны от первой беременности единственным ребенком в семье. Когда больному было несколько месяцев, родители развелись, и своего отца он не помнит. Наследственность по психическим заболеваниям отрицает. Раннее развитие без особенностей. С 1,5—2 лет начал посещать детский сад, адаптировался спокойно, охотно проводил время в обществе детей. В возрасте 7 лет начал посещать школу. Учился хорошо, с интересом, в старших классах предлагали продолжить обучение в школе с углубленным изучением гуманитарных предметов. В свободное от учебы время занимался хоккеем, классической борьбой. По окончании 11 классов поступил в училище по специальности газозлектросварщик, но учебу не закончил. Себя на тот период жизни характеризует как спокойного, уравновешенного человека.

(Оцениваем преморбид нашего героя как абсолютно чистый, не к чему придраться. Типичная судьба типичного юноши постсоветского периода.)

В 18 лет был призван в ряды армии и участвовал в «первой чеченской компании». Во время боевых действий получил контузию... «сознание потерял, кровь из ушей шла, в голове все звенело...» и два ранения. Из выписки ВВК.. «огнестрельное слепое оскольчатое ранение левой половины грудной клетки, осложненное гемопневмотораксом, травматическим пульмонитом. Оскольчатое ранение мягких тканей левого плеча с посттравматической плексопатией плечевого сплетения. ...». После получения контузии в течение нескольких часов, придя в сознание, продолжал участвовать в бою и только после ранения в грудь был госпитализирован... «контузия за ранение не считалась, людей не хватало...».

(Отметим особо высказывание пациента о том, что контузия за ранение не считалась. Что это означает? Что никакого лечения сотрясения головного мозга не проводилось и, конечно, последствия не замедлят сказаться.)

В течение года находился на II группе инвалидности у невролога, через год определили III группу. После службы в армии устроился товарным оператором на «Нефтебазу», но в связи с большой физической нагрузкой работать не смог. В течение двух лет работал в ЗАО «Барс» служащим, но после конфликта с руководителем и избияния сотрудника попросили уволиться. На втором году после службы стали часто мучить воспоминания, в которых больной видел трагические картины своей службы, кошмарные сновидения.... « говорить на эту тему не мог,

начинало трясти...», присоединились **головные боли**, тревога, страх что может сделать другим людям что-то плохое.

(Таким образом, спустя как минимум год, появились флэшбеки, усилились проявления посттравматического органического расстройства личности.)

Ежегодно проходил стационарное лечение у невролога без особого эффекта. Из амб. карты: «с 10.10.03 по 29.10.03 г. находился на лечении, диагноз: торакалгия на фоне грудного остеохондроза, обострение. Посттравматический верхний плексит слева. Пост- травматическая энцефалопатия в виде синдрома вегетативной дисфункции с частыми вегетативными пароксизмами, диссомния. С 28.11.05 г. по 10.12.05 г. проходил лечение, диагноз: посттравматическая церебрастения, синдром вегетососудистой дистонии, де-компенсация. 13.01.06 г. по направлению невролога обратился к участковому психиатру с жалобами на «бессонницу, **головные боли**, беспричинные приступы страха, тремор тела». Предъявлял жалобы на «голоса» знакомых людей, звуки, шумы. Возникают внезапно, как правило, днем... «много голосов слышит за дверью, проверяет...исчезают тогда, когда пациент убеждается, что в этом месте людей нет...». С целью уточнения диагноза и решения вопроса об ограничении трудоспособности направлен в дневной стационар.

Соматическое состояние: среднего роста, нормостенический тип телосложения, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. В легких дыхание везикулярное по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, тахикардия, АД=110/70мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Неврологическое состояние: ЧМН— зрачки равные, фотореакции живые. Язык по средней линии. Мимическая мускулатура симметричная. Сухожильно-периостальные рефлексы вызываются без заметной разницы с обеих стороны, живые. Патологических «знаков» нет. Нарушений чувствительности нет. В позе Ромберга устойчив, дрожь в пальцах кисти. Координационные пробы выполняет правильно. Менингеальных «знаков» нет.

Психический статус: в отделение пришел в назначенный день, приглашения в кабинет врача ждал нетерпеливо — заглянул в кабинет врача и медленно осмотрел врача и пациента. В кабинет вошел уверенной быстрой походкой, сел на стул. Сидит, облокотившись на спинку стула, запрокинув голову кзади, скрестив руки на груди. В словесный контакт с врачом вступает неохотно, в беседе не заинтересован. На вопросы врача отвечает сухо, коротко, чаще односложно «по-армейски». Двигательно напряжен, входе беседы нервно переминается на стуле, наклоняется кпереди, откидывается назад, нервно перебирает руками.

(Итак, в психическом статусе обращает на себя внимание объективно регистрируемое изменение поведения, ближе всего стоящее к психопатическому, эмоционально-неустойчивому типу.)

Беседа с врачом сопровождается постоянной тряской правой ногой. Жалуется на головные боли в затылочной области ноющего характера, усиливающиеся к вечеру, купирующиеся приемом баралгина... «пью, что под рукой есть...», тревогу, возникающую, как правило, беспричинно, внезапно, не связанную с окружающей обстановкой и ситуацией и ощущаемую в области солнечного сплетения... «кошки скребут, сердцебиение меняется...», «судороги», под которыми больной понимает внезапно возникающую дрожь в теле... «как озноб, посидишь или полежишь и все проходит...». Сообщает, что через год после службы в армии стали мучить воспоминания, в которых «как вживую» видел картины своей службы, видел кошмарные сновидения. ... «даже говорить на эту тему не мог, начинало трясти». Отмечает, что стал «психованным, раздражительным по пустякам». Так, например, с трудом выдерживает ожидание в очереди, появляется тряска в ноге, агрессия, «внутри все кипит».

(А сейчас мы констатируем в психическом статусе субъективно ощущаемое психическое нарушение — то же самое, эмоционально неустойчивого типа.)

Жалуется на значительное ухудшение памяти на текущие и прошлые события (они представлены в памяти в виде отдельных, не связанных между собой кусков).

(Когнитивные нарушения могут быть следствием как контузии мозга, так и в равной степени ПТСР.)

Жалуется на бессонницу (к вечеру состояние становится возбужденным и без приема снотворного уснуть самостоятельно не может). Заявляет, что «психованным» стал, раздражается по пустякам, появляется дрожь в ноге, агрессия, внутри все кипит и если повод был, может и ударить. Отмечает, что если выплеска эмоций не было, то успокоение происходит медленнее... «контролировать могу не всегда...». На уточняющие вопросы врача

отвечает крайне неохотно, на лице появляется гримаса напряжения, больной пытается справиться с собственным раздражением и нетерпением. Фон настроения снижен. Выражение лица напряженное, взгляд недоверчиво-снисходительный. Выявляет снижение памяти как на текущие, так и на прошлые события., «как кино, помню отрывками». Острой психопродуктивной симптоматики не выявляется. На лечение согласен.

Данные специальных методов исследования: РЭГ от 07.12.05 г. Бассейн средней мозговой артерии: пульсовой кровотоков снижен. Тонус сосудов в норме. Венозный отток не нарушен. Бассейн задней мозговой артерии: пульсовой кровотоков снижен. Тонус сосудов в норме. Венозный отток не нарушен.

ЭЭГ от 07.12.05 г.: умеренные нарушения биоэлектрической активности мозга.

Рентгенография черепа от 30.11.05 г.: определяется усиление борозд сосудистого рисунка. Турецкое седло не изменено. Высота и пневмотизация основной пазухи сохранена. Форма и размеры черепа обычные. Заключение: гипертензионный синдром не исключается.

Диагноз: посттравматическое стрессовое расстройство. Органическое расстройство личности в связи с травмой головного мозга. Умеренно-выраженный психоорганический синдром, эксплозивный вариант. Проведено лечение: стол №15, индивидуальная реабилитационная терапия (ИРТ), психотерапия (индивидуальная, групповая), ЛФК, общеукрепляющий курс; электросон (A=1 мА, частота=5—20 Гц) №10. Консультация специалиста по социальной работе. Tab. mezarami 0,010 10-10-0 №10, Tab. nitrazepamі 0,005 0-0-5 № 10, Tab.furosemide 0,040 40-0-01,2,3/02; 7,8,9/02; 13,14,15/02; Tab. asparcamі 0,175по 1 таблетке 3 раза в день приема фуросемида (св), Sol. amitriptillini 1% — 2,0; Sol. narii chloride 0,9 % — 200,0 внутривенно капельно №5, Tab. amitriptillini 0,025 0-0-12,5 №5, на выходных 0-25-25. В ходе лечения состояние значительно улучшилось, что проявилось прежде всего в изменении характера бесед с врачом. Стал значительно более мягким, доступным в разговоре, временами улыбчив. Сам отмечал улучшение самочувствия, исчезла раздражительность, во всяком случае объективно не проявлялась в отделении. Улучшился ночной сон, в течение последних двух недель ни разу не мучили воспоминания и сновидения.

Сибирь». С1979 по 1984 гг. состоял в первом браке, имеет сына 1980г. р. Брак распался по инициативе жены... «жена подала на развод...». С 1990 г. состоит в повторном браке, имеет дочь 1991 г. р. Взаимоотношения с женой характеризует как хорошие, она относится к состоянию больного с пониманием. Начало заболевания связывает с производственной травмой, произошедшей 06.03.2003 г. в результате попадания верхней конечности во вращающийся вал. Из выписки истории болезни: «с 06.03.03 по 27.03.03 г. проходил стационарное лечение в травматологическом отделении с диагнозом: отрыв верхней конечности на уровне верхней трети плеча. Закрытый перелом правого плеча в средней трети со смещением. Шок II степени. 06.03.03 г. произведена операция: формирование культи левого надплечья. Остеосинтез правого плеча накладной пластиной. 11.03.03 г. - ревизия, замена накладной конструкции». В августе 2003 г. произведена повторная операция по месту жительства. Из амб. карты: «находился на стационарном лечении в 1-м травматологическом отделении с 05.08.03 г. по 19.08.03 г. с диагнозом: несросшийся перелом правого плеча с наличием металлоконструкций. 07.08.03 г. операция — удаление пластины плеча. Остеосинтез правого плеча пластиной». Во время операции больному было произведено переливание крови, в результате которого больной оказался заражен гепатитом С. Со слов больного, через 4 дня после травмы отмечался впервые возникший приступ стенокардии напряжения. В настоящий момент является инвалидом II группы, наблюдается у терапевта с диагнозом: ИБС с нарушением ритма. Пароксизм трепетания предсердий. Стенокардия напряжения, ФК2. Гипертоническая болезнь II стадии. 13.01.06 г. впервые обратился к участковому психиатру с жалобами на раздражительность, нарушение ночного сна, кошмарные сновидения, беспричинный страх, мысли о самоубийстве, постоянные головные боли сжимающего характера. Направлен на лечение в дневной стационар.

Данные объективного исследования. Соматическое состояние: среднего роста, гиперстенический тип телосложения, умеренного питания. Левая верхняя конечность отсутствует. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. В легких дыхание везикулярное по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, АД—130/80мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Неврологическое состояние: ЧМН — зрачки равные, фотореакции живые. Язык по средней линии. Мимическая мускулатура симметричная. Сухожильно-периостальные рефлексy вызываются без заметной разницы с обеих

сторон, живые. Патологических «знаков» нет. Нарушений чувствительности нет. В позе Ромберга неустойчив. Координационные пробы оценить трудно. Менингеальных «знаков» нет.

Психический статус: в отделение пришел в назначенный день, приглашения в кабинет врача ждал терпеливо, вошел замедленной походкой, сел на стул. Внешне опрятен, одет аккуратно, просто. В словесный контакт с врачом вступает с неохотой, воспринимая беседу как необходимый этап лечения. Сознание ясное, правильно называет свое имя, место пребывания, текущую дату, путает дни недели. Жалуется на плохой сон с длительным беспокойным засыпанием, частыми пробуждениями (до 4 раз за ночь), кошмарными сновидениями. Жалуется на частые кошмарные сновидения, в которых видит произошедшую травму, ее последствия: «постоянно снится, как руку оторвало».

(Мы можем оценить эти навязчивые сновидения с прокручивающейся травмой как аналоги флэшбеков.)

По словам больного, практически ежедневно, засыпая, в течение 3—4 ч «прокручивает» в голове произошедшую травму, тяжбу, связанную с ней, изменение условий жизни, которые она за собой повлекла.

(Это также один из элементов клиники ПТСР в виде навязчивых мыслей и навязчивых воспоминаний о случившейся травме.)

Неоднократно в ходе беседы больной обращает внимание врача на то, что в течение 4ч в ожидании медицинской помощи лежал на земле и видел перед собой на аппарате висящую оторванную собственную руку. В течение 3—4 ч, предшествующих засыпанию, возникают навязчивые мысли и воспоминания о травме. Предъявляет жалобы на **головные боли** давящего характера в лобной области, на фоне которых возникают редкие режущие боли. Также отмечает значительное ухудшение памяти на текущие события. '., «дойду до ванной и не помню зачем иду...», вспыльчивость, беспричинную раздражительность, сменяющуюся периодами подавленности и отсутствия желания общаться.

(Возникшие нарушения памяти являются проявлением ПТСР, именно говорящим о постепенном движении клинической картины от ПТСР к органическому расстройству личности.)

Высказывается, что после травмы стал вести замкнутый образ жизни, в течение 3 лет не общается со своими друзьями... «не хочу, расспрашивать сразу начнут...».

(Один из элементов избегающего поведения, очень свойственного ПТСР.)

Мышление последовательное, замедленное по темпу. Внимание привлекается, истощаемое. Ответы, требующие уточнения фактов, дат, вызывают у больного значительное затруднение. Выявляет снижение памяти на текущие и прошлые события.

(Вновь мы констатируем, как и в предыдущем случае, когнитивные нарушения, свойственные органическому расстройству, хотя в данном случае контузии и травмы мозга не было.)

Фон настроения снижен. Выражение лица подавленное, взгляд грустный, уставший. Речь тихая, эмоционально не модулированная, приближающаяся к монотонной. Острой психопродуктивной симптоматики не выявляется. На лечение и обследование в условиях дневного стационара согласен.

Диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство. Проведено следующее лечение: ЛФК, общеукрепляющий курс, ИРТ, психотерапия (индивидуальная), электросон (A=1 мА, частота 5—20 Гц) №10, консультация психолога (полное обследование). Консультация специалиста по социальной работе, ЭЭГ, Tab. mezarami 0,010 10-10-0 № 10; Tab. asafeni 0,025 25-25-0, со второго дня 50-25-0 №5; Tab. cavintoni 0,010 5-5-5 №30 с 01.02.06г.; Tab. furosemide 0,04040-0-01, 2, 3/02; 7,8,9/02; 13, 14, 15/02; Tab. asparcamii 0,175 по 1 таблетке 3 раза в день приема фуросемида (св). Состояние пациента незначительно улучшилось, отмечал улучшение ночного сна, «побледнение» навязчивых воспоминаний о травме.

При анализе обоих случаев обращает на себя внимание сходная клиническая картина ПТСР, несмотря на совершенно различный характер травмы и обстоятельства ее получения. В первом случае последствия контузии мозга сливаются с клинической картиной ПТСР, и в итоге мы наблюдаем преобладание органического расстройства личности с выраженными когнитивными и аффективными нарушениями. Во втором случае черепно-мозговой травмы не было, но стрессовое воздействие отрыва руки и созерцания собственной конечности в течение нескольких часов оказалось настолько сильным, что клиническая картина ПТСР мягко перетекает в такой же психоорганический синдром. Здесь вновь уместно вспомнить неопубликованную при

жизни работу П.Б. Ганнушкина об органическом поражении головного мозга в результате сильных и тяжелых психических нагрузок у командно-комиссарского состава первых лет Советской власти. Эти органические поражения достигали степени органического слабоумия, хотя ни контузий, ни иных заболеваний мозга в анамнезе не было.

Синдром патологического фантазирования

Каждый из нас в детстве зачитывался повестью о бароне Мюнхгаузене, где описаны впечатляющие фантазии, настолько невероятные, что по имени героя назван психопатологический синдром. Нередко именно патологическое фантазирование, или псевдологию, психиатры именуют синдромом Мюнхгаузена. Сразу же уточним точное понимание последнего термина. Синдром Мюнхгаузена означает наличие предельно драматизированных и неправдоподобных жалоб на мнимое соматическое заболевание полости живота, кровотечения, припадки, параличи, кожные болезни. Никакой практической пользы от демонстрации мнимой болезни не бывает. Нередко производятся оперативные вмешательства в полости живота. Синдром характерен для аномальных личностей и является нозофилией [9]. В повести о бароне Мюнхгаузене тема живота и внутренностей всплывает лишь один раз, когда барон второй раз летал на Луну и встречался там с ее жителями, у которых живот был вместо чемодана, раскрывался и туда складывались разные вещи. Ни желудка, ни сердца, никаких внутренностей у жителей Луны не было. Почему его именем назвали именно жалобы на мнимое заболевание внутренних органов или другие болезни, не совсем понятно, ибо большую и лучшую часть фантазий Мюнхгаузена составляют живописания вовсе не о внутренностях человека [55]. Патологические фантазии представляют собой инфантильные вымыслы, «грезы наяву». Эти переживания овладевают сознанием, могут сопровождаться визуализацией или даже бредом воображения. Фантазирование может быть истерическим и шизоидным. Для истерического фантазирования, по мнению

В.А. Гурьевой — автора «Клинической и судебной подростковой психиатрии», характерны экспрессивность, конкретность, образность [22]. Переживания развиваются на фоне ясного сознания, как правило, возникают и протекают на фоне некоего психогенного травматизирования со стремлением к самоутверждению, сочувствию. Фантазии охотно выдаются за действительность, многократно рассказываются окружающим. Содержание может носить характер сказки, приключения, детектива. Патологические фантазии могут расцениваться самим подростком как реальность, поэтому вымыслы нередко реализуются в поступки, часто во вред себе, иногда попадая в уголовно наказуемые истории. В.Я. Семке описывает бредоподобные фантазии в рамках истерических состояний, перекликающиеся с нашим случаем, но его описание тяготеет больше к психотическому состоянию с выраженным сужением сознания, частичной амнезией, полиморфной, меняющейся симптоматикой и выраженной психогенией [60]. У шизоидов фантазирование чаще возникает на фоне гебоидных нарушений, оно бывает интравертированным, аутистическим. Фантазии чаще представляют собой причудливые схемы, математические построения в виде наукообразного творчества. При этом типе фантазирования ребенок — зритель, а не участник. Если истерическое фантазирование воспринимается самим подростком эмоционально, экстравертировано, то шизоидное - интравертировано, скрыто. За долгую профессиональную жизнь мы дважды сталкивались с такого уровня фантазированием. Но для синдрома патологического фантазирования каждое время дает свою собственную фабулу. Перед тем как рассказать о клиническом случае, сообщим читателю об атмосфере повального умопомрачения нашего общества в середине 90-х годов прошлого века — нашествии всевозможных колдунов, прорицателей, экстрасенсов. В течение нескольких месяцев подряд в конце 1996 г. и первой половине 1997 г. по ЦТ показывали многосерийный фильм о Полтергейсте. Вскоре он и появился. А могло ли быть иначе? Если вокруг только говорят о ведьмах, найдется и женщина, которая на костре будет твердить, что в нее вселился дьявол и она стала ведьмой. «И это уже было под небом». К концу демонстрации многосерийного телефильма в городской газете была напечатана небольшая заметка о Полтергейсте, появившемся в одном из пятых классов средней школы, о девочке, к которой он приходил и в класс, и домой. Совсем скоро сама девочка в компании с мамой и бабушкой явились в психоневрологический диспансер.

Случай 37. Синдром патологического фантазирования или явление общественного сознания?

Л. М., 11 лет. Из анамнеза известно, что родилась срочными родами, в раннем детстве развивалась вполне нормально. Росла живой, общительной девочкой, воспитываясь в неполной семье с бабушкой, мамой и младшей сестрой. Успеваемость всегда была не выше среднего уровня, частенько ленилась делать домашние задания. Как все дети, любила сказки, но сама сказочным творчеством или вообще сочинительством не отличалась. Незадолго до описываемых событий перешла учиться в новую школу. В новом классе не сразу сблизилась с одноклассниками, те долго «не принимали ее и считали чужой». В конце октября 1996 г. к классному руководителю М. обратилась мать и сообщила тревожную новость. Девочку, с ее слов, каждый вечер, после окончания второй смены от здания школы до подъезда дома провожает какой-то взрослый мужчина. Он подходит к М., заговаривает с нею, оказывает знаки внимания и регулярно провожает от школы до дома. Мать после рассказа дочери и нескольких дней встреч и проводов обратилась к участковому милиционеру, но тот сказал, что основания для уголовного преследования и установки слежки нет. Мама отказалась сама следить за дочерью, так как считала, что будет рисковать девочкой, затем сообщила, что мужчина приходил к ним домой, звонил в дверь, когда девочки были дома одни, но те никого не пустили, хотя очень испугались.

(Итак, у девочки, преморбидно здоровой, без явных проявлений какой-либо аномалии личности, при отсутствии в семье ее проживания мужчин, прежде всего отца, появляется мифический мужчина, оказывающий ей знаки внимания. А далее состояние развивается по своей собственной логике...)

Перед Новым годом в классе начались плевки. Однажды учительница поставила одному мальчику двойку по литературе, и на следующий день она обнаружила в раздевалке свое пальто, оплеванное сверху донизу. Мама мальчика поговорила с ним, но он отказался от авторства плевков. Однажды на уроке дети кинулись к классному руководителю с криком, что все вещи оплеваны: оплеванными оказались вещи учеников в раздевалке, дипломаты и портфели учителей. Как появлялись плевки в перечисленных местах, никто не знает, но и ученики, и педагог видели уже, как факт, сами плевки, т.е. слюну. В начале третьей четверти одна из девочек получила по татарскому языку тройку и очень плакала. В этот же день из класса исчез журнал. Никто не видел, что его кто-то забирал, никто не мог рассказать, куда он исчез, но вскоре журнал был найден в снегу в растрепанном виде недалеко от школы посторонней женщиной. Педагог подумала, что это дело рук обиженной на оценку девочки. Весной произошел случай, уже сильно напугавший учителей. Три девочки после уроков остались мыть пол в классе. Вернее, мыть пол остались две дежурные девочки, а М. попросилась остаться с ними, «просто так». Куртки девочек

лежали на среднем ряду. Когда одна из девочек пошла за водой в туалет, а вторая мыла пол, рядом с М., стоявшей возле парты с куртками, вдруг загорелась одна из них. Прибежавшие ученицы увидели горящую куртку, затушили огонь и услышали от М., что куртка внезапно загорелась сама собой. Они сообщили впоследствии учительнице, как Ю. говорила им, что она не виновата, что куртка загорелась сама собой. Вскоре то же самое произошло с курткой второй ученицы. Вновь возле куртки оставалась одна М. Вторая из девочек услышала чирканье спички и, когда она подбежала к М., ее куртка также уже горела. М. вновь попросила не рассказывать ничего о загорании курток учительнице. У М. в объяснении случившегося события фигурировал «Он», который внезапно появляется и что-то совершает. Учительница обнаружила рядом с куртками обгорелую спичку, но дети не смогли объяснить, откуда она взялась.

(Это был единственный случай очевидного участия М. в реализации своих патологических фантазий, остальные как бы камуфлировались появлением неизвестного.)

Когда учительница попыталась сообщить матери М. о возможной причастности девочки к поджогу курток и необходимости компенсации материальных потерь семьям учениц, она наткнулась на ожесточенный отпор со стороны матери и обвинение педагога в бессердечии. Мать сказала педагогу, что все может быть, спички «Он» может положить М. в карман, но это не М. поджигала куртки. Мать была уверена, что это - не она, так как в доме уже два дня «все горело». Примерно в эти же дни в квартире М. обнаружились первые признаки появления пришельца со стороны. Сначала дома также появились плевки — это «Он» начал преследовать М. не только в классе, но и дома. Вскоре, по словам матери и бабушки, дома началось форменное безобразие. Однажды в комнате М. сами собой снялись шторы. Музыкальный центр сам собой разбился вдребезги. Двери «пытались»

опрокинуться с петель, когда мать и бабушка их держали, на дверь с другой стороны «кто-то» давил. Плевки ниоткуда летали по квартире. Передвигалась швейная машина, стоящая на шкафу, а с балкона падали различные вещи и затем их находили под балконом. Обнаружилась записка с надписью-обращением неизвестного лица: «М.!». Она пришла из школы, увидела красивый стол, по всему столу ровненько высыпан сахар на четыре кучки, на каждый блинчик положена конфетка. Обнаружив подарок от «пришельца», все обитатели дома обрадовались и посмеялись. Мать решила, что пришелец знает их мысли, их планы и действия. Они задавали ему вопросы: «Скажи, как тебя зовут?» На следующий день на столе фломастером пришелец написал и ответил, что его зовут Финн. Они спрашивают его, зачем он это делает. Он пишет, что его заставляет это делать учительница. Писал, что он все может. На контурной карте написал, что он жил в доме, но его не приняли, а они — молодцы, они — его «зайки». Вокруг надписи были нарисованы сердечки. Затем он сообщил, что прямо через их квартиру проходит какая-то расщелина. Писал с ошибками: «Вдохне; М. + Финн =Любовь».

(Конечно, орфографические ошибки, типичные для самой М., как и описанные дальше поджоги в местах присутствия девочки, многое могут сказать об авторстве чудес, но задача врача — не следствие по поводу..., а понимание механизма появлений именно таких фантазий и определение их клинической картины.)

Однажды на вопрос, долго ли он собирается их мучить, Финн ответил, что у него батарейка на два года. Но он на них обиделся и перестал общаться и переписываться с ними после публикации статьи в городской газете о Полтергейсте. Однажды шнур от телевизора оказался на шее лежащей в постели М.; от шнура на шее девочки, по словам матери, остался след. Сами собой поворачивались ручки газовой плиты, и происходила утечка газа. При этом, когда мать девочки пыталась закрыть кран конфорки, она испытывала сопротивление, при котором кран сам собой вращался в противоположную сторону.

Как-то в апреле из спальни выбежала М. и сообщила, что горит пододеяльник на кровати в спальне, из которой она только что выбежала. Огонь затушили. В туалете загорелась кипа газет, лежавшая там долгие недели. Загорелась программка на телевизоре, задымился диван, на котором обитатели дома все вместе сидели. Из кипы фотографий загорелась только одна фотография — чужой девочки, временно проживавшей у них в доме. Вещи с балкона стали «вылетать». Плащ дочери сам собой оказался лежащим на улице, под балконом. Кофточка соседской дочери вывалилась с балкона, пока она была у них в гостях. Пропали три ключа от квартиры. Исчезали учебники из дома. После того как в местной газете была опубликована эта леденящая кровь история, в школе нашу М. стали останавливать мальчишки из других классов и дразнить ее «Полтергейстовой подстилкой». Именно такое внимание ровесников и заставило всю семью обратиться к врачам-психиатрам не по поводу избавления от «Полтергейста», а по поводу невротической реакции девочки на насмешки одноклассников. Через день после помещения М. в стационар к ним домой пришли евангелисты, но младшая дочь не смогла открыть закрытую дверь. За дверью стояли евангелисты, а «Полтергейст», по мнению матери и бабушки, не пустил к ним посетителей, так как «Он» не любил религиозно верующих людей.

(При рассказе о всей этой удивительной истории напор мамы и бабушки, их убежденность в «реальном» наличии Полтергейста были настолько абсолютны, что они производили впечатление индуцированных бредовых больных.)

Психическое состояние: девочка в ясном сознании, внешне приветлива. Несколько кокетлива, поигрывает при беседе своими косичками, весьма эмоционально, с расширяющимися от страха глазами рассказывает обо всех приключениях неизвестного, именуя его иногда «Он», иногда «Финном». Внимание привлекается легко, устойчивое. Внимательно следит за реакцией собеседников на рассказ. На вопрос, знает ли она, кого в художественной литературе звали Финном, отвечает, что так звали друга Тома Сойера. Сообщает, что никогда не видела «Его» самого, но множество раз сталкивалась со следами его присутствия и проделок. Уровень интеллекта и памяти вполне достаточен. Понимает переносный смысл простых метафор и поговорок. Обнаруживает средний уровень знаний по школьным предметам. Особого предпочтения никакому предмету не высказывает. В отделении держится ровно с окружающими больными, общается со сверстниками, аккуратна, следит за своим внешним видом. Сообщает, что только один раз в отделении появлялся «Он», и она заметила только один плевков. Ночью спала весьма глубоко и достаточно, аппетит был хорошим, с желанием выходила на прогулку. В связи с отсутствием признаков какой-либо невротической реакции, кроме минимальных доз транквилизаторов и рациональной психотерапии, иной терапии не получила.

По минованию двух недель мать забрала девочку из отделения, с пожеланиями врачей обратиться, в случае повторения поджогов, в РОВД для возбуждения уголовного дела. Мать покидала отделение с выражением

явного неудовольствия от спокойной реакции врачей на их приключения. Хотя ни один из врачей не пытался в лоб разубедить девочку, но, вероятно, по вопросам психиатров, рекомендациям и действиям мать девочки понимала, что врачи не торопятся начинать военные действия по защите М. от вопросов и реакции одноклассников и «ненавистного» педагога. С тех майских дней никто из этой семьи больше в стенах психиатрического учреждения не появлялся...

Прошло 9 лет. В телефонной беседе с М., достигшей 20-летнего возраста, врач смог узнать, как сложилась дальнейшая судьба девочки. Итак, «Полтергейст» исчез в том же мае 1997 г. почти в те же дни, что М. находилась в стационаре, и больше не появлялся. Через восемь месяцев мама М. вышла замуж. К отчиму девочка относилась хорошо, хотя и звала его дядей. Она закончила ту же самую школу, хотя мама грозилась перевести ее из

этой «плохой школы» в другую. Участвовала в художественной самодеятельности. Поступила и окончила профессиональный лицей по специальности швеи. Поработать не успела, вышла замуж в 18 лет за рабочего парня. В 20 лет воспитывает дочь, находится в декретном отпуске. С мужем отношения хорошие, как во всякой семье, бывают небольшие ссоры. Мама и бабушка живы и здоровы. Все трое по-прежнему убеждены в реальности вмешательства в их жизнь «Полтергейста» девять лет назад. М. считает, что ее тогда облили грязью, в чем преуспели ее классный преподаватель и врачи-психиатры. Разговаривает с врачом напряженным, недовольным голосом. На вопрос, обращались ли они, по совету врачей, в милицию для возбуждения уголовного дела по факту поджога одеяла с целью нахождения «Полтергейста», с иронией ответила, что в милиции их встретили «как идиотов». Считает до сих пор, что педагог настраивала детей против нее, осуждала ее и считала виноватой в той ситуации. Считает, что педагог должен был поступать иначе — приблизить к себе, внимательно выслушать, вникнуть и помочь.

Подведем итоги. Как мы уже выяснили, состояние начинает развиваться с появления некоего мужчины, провожавшего нашу героиню из школы домой в трудный момент ее жизни. Начинается ранний пубертат, ее семья — показательный матриархат, а так хочется мужского присутствия. Сказано — сделано. Пусть не в жизни, пусть в собственной фантазии, но «Он» явился («И в мыслях молвила: вот он»). Далее фантазии развиваются, становятся более разветвленными. Появляется сказочность, в фантазиях отражается один из бытующих в данный момент в обществе феноменов общественного сознания (домовые, полтергейсты, пришельцы и прочие фантастические персонажи) — Полтергейст, носящий имя Финн. Далее действие приобретает детективный характер и, как пишет В.А. Гурьева, сам фантазер становится участником и исполнителем собственных визуализированных фантастических представлений, совершая при этом криминальные действия. На высоте фантазирования, как отражение именно патологического их характера, происходит своеобразное сужение сознания, когда исчезает критика и продукты фантазии отделяются от сознания фантаста. Косвенно об этом говорит и отношение пациентки к своим фантазиям девять лет спустя. Будучи взрослой женщиной, М. не демонстрирует даже элементов критики. Фантазирование носило характер несомненно истерического. Ее переживания были образные, чувственные, демонстративные, отражали нереализованные желания, вымышленные ею герои обращались именно к ней, письменные сообщения носили личный характер. Девочка не только охотно рассказывала о своих переживаниях, но вовлекала в их орбиту ближайшее окружение, индуцировала мать, бабушку и сестру, что явно характеризует переживания как предельно экстравертированные, направленные от себя, наружу, на иных людей. Отличие данных фантазий от феноменов общественного сознания заключается в предельно индивидуализированном характере переживаний, в которых автор и герой становятся прямыми участниками событий, а не сторонними наблюдателями, читателями или просто верующими людьми. К сожалению, мы вынуждены ограничиться лишь синдром-мальной оценкой состояния, так как для полноценного изучения структуры личности М. у нас не случилось счастья встретиться с ней лично, спустя много лет. Можно лишь предположить, что акцентуация по демонстративному типу имела место быть, что и облегчило появление патологического фантазирования.