

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Под ред. проф. А.Г.Гофмана

7-е издание



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2023**

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

К49

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

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

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

Книга предназначена для медицинских работников.

Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. проф. А.Г.Гофмана. — 7-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2023. — 720 с.

ISBN 978-5-907504-87-5.

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

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

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

ISBN 978-5-907504-87-5

© Общероссийская общественная организация «Независимая психиатрическая ассоциация России», 2006, 2015

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2006, 2015

Содержание

Предисловие. Клинические разборы – основная школа профессионализма	5
Часть I. РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)	11
1. Атипичный циркулярный психоз	11
2. Жизнь в депрессии. Возможна ли трудовая и социальная реабилитация?	30
Часть II. ШИЗОФРЕНИЯ	53
1. Случай параноидной шизофрении	53
2. Неврозоподобная шизофрения	66
3. Шизофрения или истерия?	83
4. Приступообразная шизофрения	104
5. Парафрения	124
6. Шизофрения на органически измененной почве	145
7. Случай лекарственного патоморфоза	161
8. Эндогенный процесс или невроз?	186
9. Так какой же психоз?	211
10. Как «простой» диагноз может подтвердить решение исторического спора	233
11. Трудный диагноз	250
12. Две психические болезни у одного больного	269
13. Какой дефект?	288
14. Трансформация диагноза	306
15. Случай гебоидофрении	322
16. Шизофрения, осложненная полинаркоманией и алкоголизмом	333
17. Случай шизофрении Гретера	354
18. Малопрогрессирующая шизофрения у больного с полинаркоманией	363
Часть III. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ	383
1. Психопатия или развитие личности?	383
2. Случай истерической психопатии с аффективными расстройствами и алкоголизмом	402
3. Феномен переживания сдвига в прошлое как особенность истерического помрачения сознания	424

Часть IV. НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА	432
1. Невротическое развитие личности или шизофрения?	432
2. Редкий случай соматоформного расстройства	452
Часть V. ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	458
1. Трансформация функционального в органическое	458
2. «Процесс» или «органика»?	479
3. Органическое слабоумие или шизофрения?	500
4. «Органика» или пфрopfшизофрения?	521
5. Может ли нейроинфекция обострить латентное посттравматическое стрессовое расстройство?	536
6. Болезнь Альцгеймера в сочетании с нейросифилисом	555
7. Сифилис мозга	568
8. Случай височной эпилепсии с периодическими пароксизмальными психозами	591
9. Редкий случай эпилепсии	603
Часть VI. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ	633
1. Алкогольный психоз или шизофрения?	633
2. Алкогольный или шизофренический галлюциноз?	654
3. Всегда ли критическое отношение к психозу определяет нозологическую принадлежность?	673
Часть VII. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРТИНДОЛА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	694
1. Применение сертиндола в комбинации с нормотимиками для лечения галлюцинаторно-бредовой симптоматики в сочетании с аффективными расстройствами и нарастающим дефектом личности	694
2. Лечение сертиндолом больного параноидной шизофренией с дефицитарной симптоматикой	702
3. Применение сертиндола в судебно-психиатрической практике – лечение простой шизофрении с выраженными негативными проявлениями	706

Предисловие

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ – ОСНОВНАЯ ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

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

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

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

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

Между тем повсеместно мы видим именно такое развитие, которое – в качестве неизбежного следствия – ведет к вырождению собственно профессионального мышления, подобно тому, как калькуляторы отучили от счета в уме. Анкетные методы, экспресс-методы,

методы, экономящие силы, время и само мышление, успешно вытесняют подлинный эксперимент и подлинное профессиональное мышление. Глобальные последствия такого подхода представляют новую опасность в медицине.

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

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

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

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

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

Непредвзятое описание достигается посредством феноменологического метода, описанию техники которого посвящен 2-й том «Логических исследований» Э.Гуссерля. Это один из самых фундаментальных вкладов в культуру самого мышления, его научность и, тем самым, непреходящая, предваряющая и предопределяющая все прочее стадия любого научного исследования, направленная на редукцию субъективизма, психологизации как наиболее распространенной формы релятивизма. Введенный в психиатрию К.Ясперсом (1913, 1921) феноменологический метод парадигматически преобразил ее. На этой стадии описание больного и беседа с ним должны быть равномерно полными, без каких-либо эвристических сокращений и теоретических предпочтений, опираясь на характеристики и метафоры естественного языка, а не индуктивные категории. На момент описания табуируются все «измы»... Этой сложной технике мыслительных процедур и посвящен феноменологический метод.

Овладение им требует специального тренинга, опыта. Профессия психиатра приводит к этому стихийным образом. Фактически речь идет о формировании профессиональной интуиции, т.е. усмотрении «непосредственно данного».

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

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

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

Описание может осуществляться в великом множестве аспектов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Поскольку публикация фонограмм клинических разборов не вошла в практику ни отечественных журналов, ни каких-либо других изданий, «Независимый психиатрический журнал», начиная с 1996 г., регулярно помещает на своих страницах, сразу после «Актуальных проблем психиатрии», наиболее интересные из клинических разборов. Читатель может как бы присутствовать на семинаре и участвовать в осмотре больного и дискуссии. Понятно, что на клинические разборы врачи больницы стараются вынести наиболее сложные

случаи, требующие дифференциальной диагностики. Поэтому в условных названиях публикуемых клинических разборов часто присутствует вопрос. Он предлагает читателю самому включиться в дискуссию, согласиться или не согласиться с мнением дискуссионтов, в том числе и с мнением ведущего семинара. Рубрицированное и отредактированное доктором А.Ю.Магалифом собрание большинства из этих разборов представляется теперь коллегам, прежде всего молодежи, для обучения, достижения консенсуса по многим вопросам либо полемики – для опытных психиатров.

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

Разнообразие ведущих позволяет существенно расширить представление о диапазоне индивидуальных манер и возможностей, которые они представляют. Наряду с основным ведущим разборов Александром Юрьевичем Магалифом, в этой роли выступали профессор Александр Генрихович Гофман, Юрий Иосифович Полищук, Владимир Григорьевич Ротштейн, Сергей Юрьевич Циркин, Николай Георгиевич Шумский.

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

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

Итак, клинические разборы – это исходная и ключевая фаза профессиональной деятельности, которая не стареет и, помимо своей непосредственной ценности в разных аспектах, содержит отпечаток стиля клинического мышления и общего менталитета конкретной профессиональной среды. Поэтому представленные здесь клинические разборы – это огромный пласт ценнейшего эмпирического материала, открытый анализу во всевозможных направлениях, и в то же время конкретные клинические иллюстрации в процессе их кристаллизации по значительной части курса психиатрии. По инициативе

кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета публикуемые в «Независимом психиатрическом журнале» клинические разборы с успехом используются в процессе обучения студентов, служат школой профессионализма.

Президент НПА России Ю.С.Савенко

Часть I. РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

1. Атипичный циркулярный психоз

Семинар ведет проф. Ю.И.Полищук
Врач-докладчик Л.Н.Пискунова

Вашему вниманию представляется больная Т.Ф., 1932 года рождения, которая поступает в ПБ №3 шестой раз (май 1998 г.).

Анамнез. Родилась в Рязанской области в семье служащего. Отец – инженер, погиб на фронте. Был веселым, общительным, любил выпить, гуляка, заводила в компаниях. Мать – спокойная, кроткая, заботливая, замкнутая. Страдала гипертонической болезнью, в преклонном возрасте перенесла инсульт, была парализована, развивлось слабоумие. Около полугода лечилась в ПБ №3, затем переведена в ПНИ, где вскоре умерла. Бабушка по линии отца покончила жизнь самоубийством (повесилась) после перенесенной психотравмы в связи с осуждением сына за воровство. Больная проживает в Москве с 8 лет. По характеру похожа на мать. В детстве была спокойной, послушной, избирательно общительной, стеснительной и боязливой. В школе с 8 лет. Первые 3 года училась плохо, так как, приехав из деревни, была не подготовлена. В дальнейшем стала учиться лучше и окончила 8 классов со средними успехами. Была прилежная, обязательная, но всегда оставалась крайне застенчивой, ранимой, обидчивой, тревожно-мнительной. Не могла отвечать уроки у доски, так как ощущала сильное волнение, дрожь в руках, груди, пропадал голос. Предпочитала точные науки. После 8 классов школы окончила планово-экономический техникум. Работала по специальности бухгалтером, продвигалась по службе (зам. главного бухгалтера, потом главный бухгалтер) на заводе. Места работы меняла очень редко: 11 лет проработала главным бухгалтером на заводе, затем 17 лет на фабрике и 12 лет на телевизионном заводе старшим бухгалтером. Общий стаж – 40 лет. Вышла на пенсию по возрасту с 55 лет и после этого из-за материальных трудностей 2 года работала продавцом. Отношения с сотрудниками всегда были хорошими.

Менструации с 14 лет, протекали нормально. Половая жизнь с замужества, с 22 лет. В первом браке прожила 13 лет, развелась по собственной инициативе, так как муж злоупотреблял алкоголем. Развод

перенесла легко. От первого брака имеет дочь 44 лет. Во втором браке жила 16 лет, отношения с мужем были хорошие. В 1988 г. муж умер от рака легкого. От второго брака имеет дочь. Аффективных колебаний в предменструальном периоде, во время беременности, после родов не было. Менопауза с 50 лет. Климакс перенесла очень тяжело. Беспокоили частые приливы. С 50 лет страдает гипертонической болезнью. АД повышается до 200/110 мм рт.ст. по типу кризов. В 1985 г. беспокоили сниженное настроение, тревога, дрожь в груди, тяжесть, ком в горле, в связи с чем лечилась в клинике невротозов дозированным голоданием в течение 7 дней, выписалась без улучшения. Тяжело перенесла смерть мужа в 1988 г. Около 2 лет находилась в угнетенном состоянии, постоянно лежала. Не могла ничем заниматься, отсутствовал аппетит, беспокоила тревога. С этим состоянием в течение 3 нед. лечилась в неврологическом отделении больницы №54, выписалась без улучшения. Затем около 2 лет держалось гипоманиакальное состояние. Устроилась на работу продавцом, не уставала, настроение было повышено. Научилась немножко «подворовывать», хорошо зарабатывала и радовалась, что материальных трудностей в семье уже не было. В осенне-весенний период отмечалось некоторое понижение настроения. В период климакса началась тревога с ощущением тяжести в груди, с улучшением настроения к вечеру. С подобным состоянием в 1990 г. лечилась в неврологическом отделении больницы №57, где поставили диагноз «остеохондроз грудного отдела позвоночника». Выписалась из больницы без улучшения и считает, что заболела именно с тех пор. Исключая 2 года повышенного настроения, постоянно держится пониженное. Говорит: «Тревога не покидает меня». Тревожится за дочь, за материальное положение семьи. Старалась подработать из последних сил продавцом сигарет на улице. С 1992 г. состоит на учете в ПНД. Обратилась туда по совету знакомой, так как беспокоили тоска, тревога, боль за грудной, суточные колебания настроения с ухудшением по утрам и улучшением к вечеру. Лечилась амбулаторно, принимала amitriptilin, реланиум. Многократно в осенне-весенний период обращалась в диспансер. В периоды ухудшения настроения временами замечала, что на улице на нее обращают внимание, осуждают ее внешний вид. Первая госпитализация в ПБ №3 1.02.1996 г. продолжительностью 48 дней с жалобами на сниженное настроение, апатию, тревогу, слабость, плохой сон, головную боль. Лечилась триптизолом, amitriptilinom, получала прозак, галоперидол в небольших дозах, феназепам и парацетам. Вторая госпитализация в ПБ №3 тоже в 1996 г. с мая по июнь — 33 дня. Получала также amitriptilin внутримышечно, алзалам, галоперидол, реланиум, затем amitriptilin в таблетках, прозак, ноотропил. Третий раз была стационарирована с подоб-

ными жалобами в июне—июле 1996 г., находилась в больнице 15 дней. Отмечались наплывы тревожных мыслей и чувство внутреннего напряжения, «как будто током ударило». В истории болезни написано, что в психическом статусе были «элементы сделанности». Четвертая госпитализация в 1997 г. с 24 февраля по 20 марта — 24 дня. Получала такое же лечение. Была тревожна, тосклива, растеряна. Перед госпитализацией были суицидальные мысли. При выписке из стационара каждый раз отмечала улучшение настроения, уменьшение слабости, но внутренняя тревога за материальное положение семьи, свою будущую жизнь практически всегда сохранялась. В мае 1997 г. младшая дочь вышла замуж и ушла жить к мужу. Больная осталась в квартире одна, тяготилась одиночеством. Нарастала тревога, локализованная в груди, слабость, больная много лежала, ничем не могла заниматься, практически не выходила, замечала, что на нее с осуждением обращают внимание на улице. В начале июня услышала в голове мужской голос, который приказал ей встать, привести себя в порядок, «не кваситься», придумать, как заработать деньги на жизнь. Слуховые галлюцинации держались около недели. Подчинялась голосу, следила за собой. Временами возникало ощущение, что сама себе не подчиняется, что этот голос руководит ее поступками и действиями. Настроение оставалось тревожно-тоскливым. В конце июля несколько дней слышала в голове человеческие крики, хохот, шум. Не могла понять, что с ней происходит. Иногда выходила на балкон, искала источник шума. Была стационарирована в ПБ №3 пятый раз — с 17 сентября по 5 ноября 1997 г. Получала амитриптилин до 100 мг, клоназепам, сонумбеин. Вскоре после выхода из больницы узнала от дочери, что она и зять наркоманы. Дочь в это время была беременна и вскоре родила ребенка. Больная узнала, что зять и дочь наделали долгов. Для того чтобы расплатиться с ними, дочь со своей семьей переехала к матери, а свою квартиру и одну комнату в квартире больной сдавала. Сейчас вся эта семья вместе с грудным ребенком, который родился нездоровым и после рождения месяц находился в стационаре, живет в одной комнате с больной. С ноября 1997 г. усилилась тревога с ощущением боли за грудиной, бессонница, слабость, дрожь в груди и во всем теле, появился ком в горле, снизился аппетит. К вечеру отмечала ослабление тревоги. Появились суицидальные мысли и мысли о том, что их семью околдовали, что-то сделали. Предполагала, что этим занималась мать зятя, замечала, что дочь изменила к ней отношение, стала грубой и невнимательной. За день до настоящей госпитализации услышала в голове мужской голос, который приказал ей срочно идти в больницу, к врачу. Подчинилась этому голосу: в спешке собралась и пошла за путевкой в ПНД. В таком состоянии поступила в больницу.

Из перенесенных заболеваний. В 11 лет перенесла тяжелую черепно-мозговую травму: попала под машину, обходя трамвай. Восемь часов была без сознания, лечилась в неврологическом отделении. С тех пор быстро уставала в школе, возникала слабость, головная боль к изменению погоды. Беспокоили головные боли, но не часто. Детские инфекции без осложнений. В 1997 г. — аппендэктомия. С 50 лет гипертоническая болезнь.

Статус при поступлении. Все виды ориентировки сохранены. Контакт доступен. Настроение снижено, выражение лица тоскливое, вялая, несколько заторможенная, голос тихий, тревожно перебирает полы халата дрожащими руками. Во время беседы на глазах наворачиваются слезы. Жалуется на тоску, сниженное настроение, дрожь за грудиной, ощущение напряжения, скованность во всем теле, ощущение кома в горле, слабость, головную боль, головокружения, сниженный аппетит, бессонницу. Отмечает некоторое улучшение настроения к вечеру. Фиксирована на психотравмирующей ситуации в семье. Обеспокоена материальными трудностями, будущей жизнью, так как дочь отбирает у нее пенсию, расплачиваясь с долгами. Отмечает, что дочь изменилась по отношению к ней, стала грубой, раздражительной, невнимательной, предполагает, что их семью кто-то сглазил. Рассказывает, что дома не могла ничем заниматься, все валилось из рук, ничто не радовало, временами возникали суицидальные мысли, которые она отгоняла. Боится, ищет помощи и сочувствия. Обеспокоена, что после того, как узнала о злоупотреблении дочери наркотиками, охладела к ней. Дала письменное согласие на лечение.

Консультации специалистов

Терапевт: гипертоническая болезнь II стадии, атеросклеротический кардиосклероз.

Невропатолог: гипертоническая болезнь II стадии, атеросклероз церебральных сосудов.

Офтальмолог: гипертонический ангиосклероз.

ЭЭГ (июнь 1996 г.): выраженные диффузные изменения электрической активности ирритативного характера, обусловленные раздражением мезодизэнцефальных и височных структур с преобладанием в правом полушарии.

ЭЭГ (1998 г.): остаются выраженными процессы ирритации мезодизэнцефальных и субкортикальных образований головного мозга, преобладающие в правом полушарии, но асимметрия несколько сгладилась по сравнению с предыдущим исследованием.

Анализы в норме.

Психологическое исследование. Испытуемая правильно ориентирована, медлительна, откровенна в беседе. Все задания послушно

выполняет, проявляет интерес к обследованию. Говорит: «Мне было интересно, я узнала про себя много нового». Просит оценить результаты, поставить ей оценку. Слабодушна, легко волнуется, начинает плакать, внушаема. Предъявляет жалобы на снижение памяти, утомляемость, головные боли. По ее словам, путает события, деньги. Жалуется на постоянную напряженность, страх, чувство загнанности в угол. Хотя отмечает положительную динамику в своем самочувствии, просит выписать успокаивающие средства. По объективным данным выявляется истощаемость, скорее гипостенического типа. Объем внимания сужен, степень концентрации и распределения внимания недостаточна. Механическое запоминание с легко выраженной дефицитарностью. Процесс заучивания идет медленно (4–6–6–8–8–9–10–9). Отсроченное воспроизведение – 8 слов. Опосредованная память хуже механической: из 18 слов пиктограммы правильно воспроизводит только 6. В мышлении, с одной стороны, выступает конкретность сосудистого типа, с другой стороны, отмечается некоторая нечеткость мышления (дает малоадекватные образы) при сохранности его структуры в целом, а также снижение критичности. Иносказания понимает правильно. Преморбидно испытываемая была личностью тормозимого круга, тревожно-мнительной и замкнутой. В настоящее время нарастает интравертированность, инертность. Эмоционально напряжена, тревожна. Нуждается в покое и расслаблении. В графике испытываемой отражаются «сосудистые» черты. Таким образом, при исследовании, с одной стороны, выявляются органические черты сосудистой этиологии (слабодушие, истощаемость, мнестико-интеллектуальная дефицитарность, специфическая графика). С другой стороны, выступают нечеткость и недостаточная критичность мышления у несколько «странной» личности с нарастающими интравертированностью и инертностью, находящейся в депримированном состоянии с весьма высоким уровнем внутренней напряженности.

Вопросы психологу

- *Какие тесты Вы использовали?* – Классический набор: запоминание 10 слов, пиктограмма, классификация предметов, пословицы.
- *Вы говорили о том, что больная производила впечатление слегка чудаковатой. В чем проявлялась ее чудаковатость?* – В том, как она себя держала, может быть, в мимике. У нее не было спокойной линии поведения. Она вдруг проявляла заинтересованность в исследовании, просила поставить ей оценку, т.е. вела себя, как девочка. Ощущение чудаковатости было очень отчетливым.

Вопросы врачу-докладчику

- *Расскажите подробнее о появлении голосов.* – Первый раз она услышала голос летом 1997 г. Это был мужской голос внутри головы.

• *Динамика голосов была?* – Динамики не было. Около недели слышала мужской голос, который говорил практически одно и то же. Она ему подчинялась. Затем, уже в августе, она слышала внутри головы шум, крики, смех.

• *Какую степень выраженности имели ее переживания и мысли по поводу слеза и колдовства? Каковы были особенности их динамики?* – В предыдущие поступления она об этом не говорила. Сейчас говорит «как будто кто-то сглазил». Ей сразу не понравилась мама зятя, которую она видела только на свадьбе и больше никогда с ней не общалась. Ощущение, что ее сглазили, ощущение колдовства появилась только сейчас, когда она узнала, что ее дочь наркоманка, т.е. с ноября 1997 г. – *Идеи колдовства имели место?* – Да, она говорит «сглазили», «сделали», «околдовали». Это как бы синонимы.

• *Какая была терапия во время последнего стационарирования?* – Первые 3–4 дня она принимала паксил по 10 мг, потом по 20 мг в день. – *Практически монотерапия?* – Да. – *Какая была динамика состояния?* – Было трудно объяснить больной, что паксил – это препарат, который дается раз в день. Сначала она требовала еще и еще лекарства. Первые две недели состояние практически без динамики: была тревожная (тревога внутренняя), вялая, пассивная, адинамичная, необщительная. Жалобы те же, что при поступлении. Потом началось улучшение: стала меньше сидеть, больше двигаться, но оставалась малообщительной. Никак не могла отказаться от снотворного, боялась, что будет плохо спать. И действительно, когда снотворное пробовали отменить, она засыпала поздно, просыпалась рано. В конце апреля было ухудшение состояния, связанное с психотравмирующей ситуацией, которая у нее свежа еще и сейчас. Старшая дочь рассказала, что семья младшей дочери живет впроголодь, зять не дает денег, холодильник всегда пустой, маленький ребенок очень беспокойный. Состояние больной сразу резко ухудшилось: было несколько бессонных ночей, слезы, тревога, дрожь в груди. С 4–5 мая началось улучшение. Подружилась с другой больной, но сохранялись жалобы на тревогу с ощущением ее в груди. Сейчас дрожь в груди прошла, она говорит, что тревога это уже не дрожь, однако сохраняется ощущение тяжести в груди. Отмечает улучшение к вечеру, которое сдвинулось на более ранний час. Раньше улучшение наступало после 19 часов, сейчас – с 17 часов. В первую половину дня больную беспокоит тревога и скованность, очень хочет расслабиться, но постоянно ощущает внутреннее напряжение. Когда старшая дочь сообщила ей психотравмирующие сведения и у нее произошло ухудшение состояния, мы ввели ей реланиум, от которого она почувствовала расслабление. С тех пор больная стремится к этому препарату. – *Рассказывая о наследственности, Вы, кажется,*

упоминали похожую ситуацию? — Бабушка по линии отца покончила самоубийством. Отец был веселым, а мама стеснительная, замкнутая, малообщительная. — У матери не было подобных явлений? — Нет.

• В период, когда у больной появились галлюцинации, шум, смех, она выходила на балкон? — Да. Она говорит, что слышала шум, смех и крики в голове, но, с другой стороны, выходила на балкон искать источник шумов.

• Психолог обнаружил у нее недостаточность критических способностей. Вы клинически можете это подтвердить? Вы выявляли у нее отношение к болезни, к ситуации, к лечению? — Я не вижу некритичности.

Беседа с больной

Ведущий. — Здравствуйте, присаживайтесь, пожалуйста. Это все врачи, которые проявляют участие в Вашей болезни, хотят уточнить ее особенности и высказать свое мнение, как лучше Вас лечить. Устроим такой расширенный консилиум. Вы не возражаете? — Нет. — Спасибо за согласие. Какое самочувствие, психическое, физическое, общее — в настоящее время? — У меня неусидчивость и тревога. — Как выражена тревога? Что Вы чувствуете? — Болит душа. — Постоянно? — Почти постоянно. — А может, к вечеру проходит? — На некоторое время. — Уменьшается и проходит на какое-то время? — Да. — Сегодня мне было немножко лучше утром. — Что еще беспокоит? — Бессонница. — В течение всего времени, пока здесь находитесь? Каждую ночь не спите? — Я сплю со снотворными, а так нет. — Значит, со снотворными Вы все-таки спите? И Вам их дают каждый вечер? — Да, каждый вечер. — Еще что? Какие мысли, какие переживания? — У меня дома не все в порядке. — Что именно? — (Больная молчит). — Там что-то с дочкой? — Да, она была наркоманкой. — А теперь? — Нет, она выздоровела. — Так что же теперь Вас тревожит? — Вы понимаете... — Вам трудно говорить об этом? — Да. — Мы не настаиваем. Значит, Вас беспокоит дочь, ее состояние, ее ситуация. А зять тоже был наркоманом? — Он, да. — По его поводу Вы меньше волнуетесь? — Да. — Есть дети у дочери? — Да, маленький ребенок. — О нем Вы тоже беспокоитесь? — Беспокоюсь очень. — Дочь Вас здесь навещала? — Да, один раз. У нее ребенок, и она не может отойти, но у меня есть еще старшая дочь. — Она Вас тоже беспокоит? — Нет, она меня не беспокоит, она меня навещает. — Приходит, приносит передачи? — Да. — Вы радуетесь, когда она приходит? — Очень, она меня поддерживает. — Вы за нее совершенно спокойны? — Спокойна. — Она является Вам поддержкой? — Да, и материально, и так. — Тревога Ваша в связи с младшей дочкой оправдана? — Безусловно. — Вы считаете, что эта тревога полностью из-за нее? — Только она, больше ничего. — А может быть,

7. Случай лекарственного патоморфоза

Семинар ведет А.Ю.Магалиф
Врач-докладчик З.В.Перминова

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной Б., 1971 года рождения.

Анамнез. Никто из близких родственников в психиатрических больницах не лечился. Мать, инженер по образованию, стеничная, энергичная, общительная, жизнелюбивая, заботливая, добрая. Отец – замкнутый, «тяжелый», трудный в общении. Родных братьев и сестер нет. Родился от первой, нормально протекавшей беременности, в срок. Рос единственным ребенком в семье. Развивался своевременно. Перенес ряд детских инфекций без осложнений. С 3 до 7 лет посещал детский сад. По характеру формировался спокойным, в меру общительным, упрямым. К матери был привязан. Отца «больше боялся, чем любил». Помнит, что отец был постоянно занят своим здоровьем, ежедневно делал зарядку. В то же время в трезвом состоянии мог избить мать за то, что не вовремя вымыла посуду. Помнит также, что отец, «играя» с ним, неоднократно «душил» его подушкой. Больной при этом испытывал страх и плакал.

В 5-летнем возрасте больной упал на лед, ударился головой, потерял сознание и по поводу сотрясения головного мозга лечился в Морозовской больнице с 16.11 по 24.11.1976 г. Был выписан в удовлетворительном состоянии без видимых последствий.

В 7 лет больной пошел в школу. Учился хорошо, оставался общительным, спокойным, упрямым. Когда ему было 8 лет, родители разошлись и разменяли квартиру. Отец получил комнату в коммунальной квартире, где и проживает один по настоящее время, работает экономистом. С сыном общается редко, только по инициативе матери: иногда может помочь ему купить какую-нибудь вещь. Уход отца из семьи не был болезненным для больного, в семье вскоре появился отчим, который казался добрее и нравился больше, чем родной отец, охотно проводил с ним время.

01.11.1980 г. больной был сбит машиной при переходе улицы, перенес повторную черепно-мозговую травму (ЧМТ) с потерей сознания, ретроградной амнезией, переломом левой голени и ушибом печени. Лечился в реанимационном отделении Филатовской больницы, где в первые дни наблюдались судороги; получал люминал. Был выписан с диагнозом: «Сотрясение головного мозга 2-й степени.

Ушибы тела и живота. Закрытый перелом верхней трети левой большеберцовой кости без смещения». Затем длительно лечился амбулаторно, пропустил в школе всю четверть, но занимался дома и пропущенную программу быстро освоил, на повторный год обучения не оставался. Каких-либо последствий перенесенной ЧМТ ни мать, ни больной не отмечают: по характеру не изменился, память не снизилась, головные боли не беспокоили. Занимался эпизодически гандболом, хоккеем.

В подростковом возрасте (14 лет) изменился: возникли раздражительность, обидчивость, появились конфликты с отчимом и матерью. Отчим — инженер-авиастроитель, страдает эпилептической болезнью с редкими припадками и характерными изменениями личности. На требования и замечания отчима больной стал отвечать с раздражением, в результате быстро возникали ссоры. Однажды отчим ударил его головой об пол. Обиды на отчима больной переносил на мать и мог с ней подолгу не разговаривать, как впрочем, и с отчимом. В классе очень стеснялся низкого роста. Казалось, что все проблемы у него из-за того, что он маленький. Занимался спортом, очень хотел быстрее вырасти. У больного было много друзей, которые охотно бывали у него дома, играли на гитаре, пели песни. После 9-го класса начал интенсивно расти: выросал на 1 см в месяц, при этом был худой, испытывал боли в ногах, плохо ходил. В 1988 г. окончил без троек общеобразовательную школу. Подготовился к поступлению в медицинский институт, но не прошел по конкурсу и был зачислен без экзаменов в медицинское училище при Центральной республиканской больнице. Учился охотно и хорошо, одновременно окончил курсы по лечебному массажу, занимался с репетиторами, мечтал о поступлении в медицинский институт после окончания училища.

На втором курсе у больного появились боли в левом голеностопном суставе: обращался к врачам, лечился по поводу ахиллобурсита, тендовагинита. Примерно в это же время возникла первая любовь. Дружил с девушкой, но размышлял о целесообразности этой дружбы, сопоставлял ее с необходимостью поступления в институт и болями в ноге, думал, что эта дружба может нарушить его планы. Появились контрастные чувства к девушке: любил ее, и часто возникало навязчивое желание ударить ее.

В 1990 г. окончил медучилище и стал готовиться к поступлению в мединститут. В этот период впервые возникали состояния, когда казалось, что он сходит с ума, возникало внезапное желание выброситься в окно. Не понимал, что происходит, никому не говорил о своем состоянии, сердился на бабушку, у которой тогда жил, если она его о чем-то спрашивала, убегал из дома, подолгу ходил, а так как болела нога, то прыгал на одной ноге. При этом испытывал злость на

проходящих мимо женщин, хотелось их ударить. С девушкой, с которой дружил, перестал общаться.

Тем не менее поступил на первый курс 1-го Московского медицинского института. Учился не очень охотно. Одновременно подрабатывал сторожем в детском саду. Осенью этого же года, по предложению своего давнего знакомого Алексея, стал посещать церковь в г. Дзержинске, где жил Алексей, уверовал в Бога, прислуживал в монастыре, одевался в ризы, соблюдал посты, молился. Появились мысли: «Зачем буду учиться, если Бог за меня все решит, а может быть, и вылечит». В этот период был вежливым и ласковым со всеми окружающими людьми, помогал соседским бабушкам, все выказывали восхищение и удивление матери, какой хороший у нее сын.

Летом, после окончания 1-го курса, пошел с друзьями в поход на Саяны, но в пути испытывал кинжальные боли в области ахиллова сухожилия, тяжело переносил переходы и вернулся в Москву. С родителями поехал отдыхать в Крым, но все время думал о причине болей в ноге. В Крыму заметил, что через левую ногу у него происходит выход энергии, мышца на голени при этом становится как желе. Попробовал подложить под стопу камешек и почувствовал облегчение. Понял, что одна нога короче другой. Вернувшись домой, стал подкладывать под стопу все подряд. Понял, почему одна нога короче. Рассудил, что это от повреждения зоны роста кости при переломе в детстве. С этого времени, как поясняет сам больной, он «стал жить от ног».

Обматывал ногу под коленом и в области голеностопного сустава, пользовался супинаторами, поднимал гири, полагал, что должен нагружать больную ногу и подолгу стоял на левой ноге, «как цапля». Молился и ждал, когда Бог вылечит. Учился на втором курсе слабо, начал курить. С 1989-го по 1992 год посещал врачей-травматологов в различных учреждениях Москвы, где ставили разные диагнозы, давали рекомендации на изготовление супинаторов и др. У больного скопилось 20 пар специальной ортопедической обуви, но он и ее носил в обувную мастерскую, чтобы то приклеить набойку, то отклеить, посылал мать, которая тоже выполняла желания сына, к обувщикам. Только один хирург посоветовал идти к психиатру. Так больной закончил 2-й курс мединститута.

Летом 1992 г. ездил в Крым отдыхать один. Там проделывал все то же самое, но стал замечать, что когда он молится, то изменяется восприятие природы: она видится в других красках, хуже, «не дает душе порадоваться»: по-другому стрекочет кузнечик и т.п. Своих переживаний по-прежнему никому не раскрывал. Постепенно возникла обида на Бога за то, что не вылечил. Перестал ходить в церковь, потерял крестик, ругал Бога и продолжал пользоваться супинаторами,

выравнивая ими длину ног. Учился на 3-м курсе с трудом. По инициативе матери лечился у колдуна, идя на прием к которому брал с собой обыкновенные ботинки, так как надеялся сразу вылечиться. «Лечебный сеанс» свелся к заключению, что «болезни нет, надевай нормальные ботинки и носи их». Больной ушел от колдуна в обычных ботинках и вроде бы больше ничего не подкладывал под ногу. Мать считает, что колдун помог, а больной утверждает, что все осталось, как было, подкладывал под стопу предметы, но теперь тайно. Кроме того, мать стала замечать, что сын таращит глаза, что у него появилась дрожь в руках, он перестал пользоваться вилкой и жаловался на головные боли. Консультировался в частном порядке у невропатолога, принимал церебролизин и витамины, якобы отмечалось улучшение. Проверяли наличие тиреотоксикоза, но не обнаружили. Больной после совета отчима проконсультироваться у психиатра на 2 года перестал с ним разговаривать. После окончания третьего курса на детской площадке его случайно ударили качелями по больной левой голени. Внезапно ощутил утрату энергии, понял, что это знак Бога как наказание за отступничество. Решил восстановить связь с Богом. Надел крестик, но никак не мог найти ему нужную высоту на груди, постоянно перевязывал его выше или ниже. Этим мог заниматься часами. Вновь стал посещать церковь, молиться, поститься и т.д.

Осенью 1993 г. на 4-м курсе института учился с большим трудом. Больной поясняет, что в этот период «жил как робот», «потерял себя», «устал меняться», возникали мысли покончить с собой, «назлю себе хотел повеситься». Пробовал, висел с веревкой на перекладине, но «снялся сам». Чувствовал свою измененность, постоянно думал как вести себя в той или иной ситуации, устал бороться с противоречивыми мыслями, «стало невыносимо».

Сам обратился в ПНД по месту жительства с жалобами на навязчивое желание ударить любимую девушку, пониженное настроение, нежелание жить, «потерю себя», был впервые госпитализирован в ПБ №3, где находился с 28.04 по 21.06.94 г. (54 дня). Мать больного очень странно, почти агрессивно отреагировала на госпитализацию сына: придя на беседу к врачу, заявила, что делать ему здесь нечего, и настаивала на его выписке. Лишь после длительных разъяснений согласилась, что госпитализация для сына, возможно, и необходима. Больной в период пребывания в больнице жаловался на трудности концентрации внимания, ослабление памяти, снижение работоспособности, страх сорваться и проявить агрессию к окружающим, на утрату чувства собственного «я», заявлял, что он живет как автомат, что все бессмысленно, что у него на душе бывает тревога, когда кажется, что все плохо и нет выхода. Получал amitriptylin, френолон, реланиум. В отделении больной был спокоен, общался с боль-

ными, играл на гитаре, в беседах с врачом был вежлив, но, как позже выяснилось, неоткровенен. Мог сказать, что он недостоин жизни, но от дальнейших расспросов уклонялся. Был осмотрен психологом 30.05.94 г., который отметил, что интеллектуально-мнестических нарушений нет. На первый план выступало своеобразие эмоционально-личностной сферы: преобладание пассивной внутренней усталости, эмоциональная невключенность, отгороженность, фиксация на болезненном состоянии, формирующая тенденцию на самоограничение и сужающая, примитивизирующая жизненное пространство (снижение уровня притязаний). Больной отмечал улучшение своего состояния и планировал продолжать учебу в институте. Был выписан с реабилитационным диагнозом: «Деперсонализационный невроз у органически неполноценной личности».

После выписки из больницы лекарств не принимал, продолжал посещать институт, с трудом учился, испытывал слабость, потливость, плохо спал ночами, были суицидальные мысли. Два предмета за 4-й курс не сдал, они были перенесены на осень. Летом должен был ехать с родителями на юг, но сам предпочел госпитализацию в ПБ №3 и был госпитализирован.

Находился на стационарном лечении с 23.07 по 26.08.94 г. (34 дня). Жаловался на постоянную изменчивость своего состояния, противоречивые желания. Очень плохо переносил нейролептики: даже на небольших дозах галоперидола возникал выраженный нейролептический синдром. Было решено провести больному курс инсулинотерапии, но на 20 единицах инсулина наблюдалось сильное возбуждение: был суетлив, ел и курил одновременно, отказался от продолжения лечения. Был выписан с улучшением с диагнозом «Шизофрения» под динамическое наблюдение в ПНД по месту жительства.

В сентябре 1994 г. продолжил учебу на 5-м курсе института. Учиться не мог. Планировал оформить академический отпуск, посещал дневной стационар при ПНД, где после введения ему 1,0 модитена-депо появилась значительная скованность, неусидчивость, перестал есть и спать. Сам пришел в приемный покой ПБ №3 и был госпитализирован. Третья госпитализация продолжалась 25 дней, с 25.11 по 20.12.94 г. После дезинтоксикационной терапии состояние значительно улучшилось. Был выписан домой с реабилитационным диагнозом: «Фобический невроз у психастенической личности». Продолжал учиться, сдал задолженности за 4-й курс. Очень хотел закончить институт и стать хотя бы врачом-физиотерапевтом.

Вскоре на вечеринке кто-то из парней шутя сдавил ему голову, прижав ее к туловищу. Ощутил сдавление правой скулы, после чего возникла резкая заторможенность, невозможность управления

собой, потеря сил. Не мог продолжать учебу, оформил академический отпуск. Дома был бездеятелен, лекарства принимал нерегулярно. Временами появлялось внутреннее беспокойство, тревога, суицидальные мысли, нарушался сон. Вновь был госпитализирован в ПБ №3 с жалобами на пониженное настроение, плохой сон. Находился на лечении с 27.02 по 19.04.95 г. (51 день). Получал триседил, амитриптилин. Нейролептики всегда переносил очень плохо. Принимал их неохотно. Больной и его мать отказывались тогда от оформления группы инвалидности, от систематического приема лекарств. У матери была уверенность, что у сына не болезнь, а «просто проблемы», с которыми можно справиться без лекарств. Выписан с диагнозом: «Шизофрения параноидная».

После выписки устроился санитаром в приемный покой ГБ №57. С работой справлялся с трудом, был замкнут, мрачен, отгорожен. В состоянии депрессии, находясь в своей квартире с бабушкой, закрылся в ванной комнате и нанес порезы на предплечьях и шее. Сам вышел из ванной и сказал об этом бабушке. Был госпитализирован в реанимационное отделение института им. Н.В.Склифосовского, откуда был переведен в психосоматическое отделение. Лечился там более месяца и был выписан в августе 1995 г. В сентябре 1995 г. восстановился на 5-м курсе мединститута и весь учебный год посещал занятия. К психиатрам не обращался. Лекарства не принимал и психотическая симптоматика продолжала нарастать. Больной постоянно ощущал уменьшение своей правой скулы, что сказывалось на его физическом и душевном состоянии. Поясняет, что он не мог общаться с окружающими в обычном ритме, уменьшение скулы мешало ему в этом. Часто возникало сомнение, в какой руке носить сумку: в правой или левой, на каком плече носить лямку от сумки. Вскоре на левой щеке стало появляться «свечение дяди Юры» (брата матери), которое наслаивалось на лицо больного и каким-то образом его «морально поддерживало». Затем на левую щеку стали наслаиваться лики других людей — отчима, матери и др. Со слов больного, на лице накопилось столько людей, что «глаза выходили из орбит». С этого времени, как считает больной, стала формироваться его душа. Согласился, что отчим (папа Игорь) главный в этой душе. Он и дядя Юра могли и могут распоряжаться его жизнью. В то же время больной тоже мог перевоплощаться в отчима и других людей в своей душе. Зимой 1995—1996 гг. впервые услышал «голос своей души»: женский, пожилой, исходящий из груди. Точно не помнит, о чем был первый разговор. Весной 1996 г. последним на 5-м курсе был цикл психиатрии. Думал, что ему будет легко понять и сдать этот предмет, так как он сам больной. Но при посещении занятий по психиатрии на лицо стали наслаиваться лики больных людей, «душа начала больных лю-

Часть VII. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРТИНДОЛА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1. Применение сертиндола в комбинации с нормотимиками для лечения галлюцинаторно-бредовой симптоматики в сочетании с аффективными расстройствами и нарастающим дефектом личности

**О.В.Дудкина,
Т.Ф.Волчкова¹**

Пациентка С., 53 года.

Под наблюдением психиатра с 1993 г.

Психопатологически наследственность неотягощена. Родилась в многодетной семье. Имеет 13 братьев и сестер. Росла и развивалась соответственно возрасту, вовремя начала ходить и говорить. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет. Была активным, общительным ребенком, имела много подруг. Посещала музыкальную школу. В детстве болела ветрянкой, краснухой, часто ОРЗ, перенесла закрытую черепно-мозговую травму. Операций не было. Туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями не болела. Аллергологический анамнез не отягощен. Окончила 10 классов. Получила высшее медицинское образование. В течение 15 лет работала врачом-педиатром. Была замужем, имеет двоих взрослых детей, которые живут за рубежом.

Из выписки из амбулаторной карты психиатрической больницы и со слов мужа известно, что, работая врачом-педиатром, стала интересоваться нетрадиционными методами медицины. Со временем начала считать себя экстрасенсом, рассказывала, что мысленно общается с Виктором Востоковым Беламой (восточный Будда), лечила «по Кашпировскому». При этом часто конфликтовала с родными, уходила из дома, была агрессивной. Отмечались колебания настроения, нарушался ночной сон. Перестала справляться с профессиональными обязанностями.

Впервые была госпитализирована в экстренном порядке с рабочего места в психиатрическую больницу в 1993 г. с галлюцинатор-

¹ Омская областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодниковой, реабилитационный комплекс.

но-параноидной симптоматикой на фоне маниакального аффекта. Госпитализация длилась почти год, так как состояние постоянно менялось от маниакально-бредового до депрессивно-бредового, несмотря на применение различных комбинаций нейролептиков и антидепрессантов. Плохо переносила лечение — отмечались экстрапирамидные нарушения в виде дискинезии, дистонии, что требовало назначения корректора циклодола, кроме того, отмечалась прибавка в весе. Состояние несколько стабилизировалось на фоне высоких доз азалептина и галоперидола. Была выписана с диагностическим заключением «Шизофрения параноидная, аффективно-бредовый синдром». После выписки к поддерживающему лечению относилась негативно, участкового психиатра не посещала.

Следующие 9 лет ежегодно в экстренном порядке госпитализировалась в стационар психиатрической больницы. Госпитализации были длительные, с постоянным подбором лечения, в связи с малой эффективностью и развитием выраженных нейролептических симптомов при назначении любых групп препаратов. Фабула бреда сохранялась прежней, менялись только аффективные фазы от апатичной депрессии до гневливой мании. Ремиссии короткие, некачественные, параноидные. Продолжать работу по специальности не смогла. В 1994 г. впервые определена II группа инвалидности по психическому заболеванию. На фоне частых обострений стали нарастать изменения личности в эмоционально-волевой и интеллектуально-мнестической сферах по дефицитарному типу. В 2003 г. определена II группа 3-й степени инвалидности без повторного переосвидетельствования.

После выписки из психиатрической больницы в апреле 2003 г. переехала к родным в другой город. К психиатру не обращалась, лечение не получала. Впервые поступила на стационарное лечение в КПБ им. Н.Н.Солодниковой 30.10.2003 г. в экстренном порядке, так как в течение месяца стала вести себя неадекватно — разговаривала сама с собой, замкнулась, отказывалась от еды, нарушился ночной сон. При расспросах становилась злобной, агрессивной, особенно в отношении матери. Последние дни не спала ночами, металась по квартире, уходила надолго из дома, кричала, грозилась убить родных.

При поступлении в отделение отмечалась несколько избыточная масса тела, старые единичные царапины на лице. Психический статус: на беседу пришла скрестив на груди руки, демонстративно подняв голову. Внешне неопрятна — волосы растрепаны, кожные покровы грязные. Злобная, напряженная. Несколько раз пыталась встать, чтобы уйти. На вопросы отвечала избирательно, при беседе демонстративно закрывала глаза, периодически нецензурно бранилась. На вопрос о болезненных переживаниях громко заявила: «Да, я слышу голоса», рассказала, что они ведут беседу между собой, говорят, что хотят убить ее дочь, в конце добавила: «Вам это знать не положено». Была некритична.

Первое время в отделении оставалась загружена болезненными переживаниями, поведением обнаруживала наличие слуховых обманов восприятия, была беспокойной, злобной, агрессивной. За внешним видом не следила, окружающую обстановку оценивала неадекватно. Высказывала бредовые идеи высокого происхождения, отношения в адрес родных. Постепенно на фоне проводимой психофармакотерапии галоперидолом, аминазином с корректорами, феназепамом, затем азалептином, модитеном-депо (в связи с плохой переносимостью типичных нейролептиков и негативным отношением к поддерживающему лечению) психопродуктивная симптоматика купировалась. Пациентка стала спокойнее, упорядочилась в поведении, начала следить за внешним видом, вовлекаться в трудовые мероприятия, появилась частичная критика к болезни, стала строить реальные планы на будущее. После четырехмесячного лечения в стационаре была выписана с диагностическим заключением «Шизофрения параноидная, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, аффективно-бредовый синдром» для продолжения лечения и проведения реабилитационных мероприятий в реабилитационный комплекс, где находилась в течение 3 мес.

При поступлении в отделение реабилитации отмечался умеренный тремор рук, головы, была гипомимична. В психическом статусе на первый план выступали сохраняющиеся отрывочные бредовые идеи парафренного характера — пациентка считала себя «последователем Будды», рассказывала, что когда прикладывает руки к голове, чувствует «тепло в теле», «от этого легче становится». Фон настроения ближе к ровному. Была эмоционально тусклой, парадоксальной. Слуховых обманов восприятия не отмечалось. Критика к болезни недостаточная. Настрой на поддерживающее лечение отсутствовал.

За время пребывания в отделении получала лечение модитеном-депо с корректором, азалептином, коаксилом; посещала образовательные и психокоррекционные групповые занятия, вовлекалась в трудотерапию. На этом фоне купировалась бредовая симптоматика, колебаний настроения не отмечалось, приобрела друзей, появились частичная критика к болезни, формальный настрой на продолжение приема лекарств после выписки. Выписана с тем же диагнозом на поддерживающем лечении модитеном-депо с корректором, азалептином, коаксилом.

После выписки прекратила прием лекарств, к психиатру не обращалась. В течение 2 мес. состояние изменилось — снизился фон настроения, плохо спала ночами, стала апатичной, вялой, отказывалась от еды, появились мысли о никчемности, о том, что она «обуза для родных». С данными жалобами при участии сестры обратилась к участковому психиатру, рекомендовано лечение в реабилитационном комплексе.

Второй раз проходила лечение и реабилитационные мероприятия в отделении реабилитации около полугода. При поступлении на первый план выступала депрессивно-бредовая симптоматика, в связи с чем получала лечение мелипрамином, хлорпротиксеном, азалептином, коаксилом. Позже добавлен корректор циклодол в связи с быстрым развитием дискинезии, дистонии. В течение 2 нед. настроение выровнялось, купировались бредовые идеи астенического характера, стала активно участвовать в жизни отделения. На этом фоне состояние резко изменилось — стала многоречивой, эмоционально лабильной, с приподнятым фоном настроения, рассуждала с пациентами о переселении душ. Проведена коррекция лечения в виде отмены мелипрамина, назначения модитена-депо, галоперидола инъекционно. Несмотря на это, состояние пациентки ухудшалось: она стала раздавать ценные вещи и деньги пациентам, считая себя «самой богатой женщиной в мире», «последовательницей и женой Иисуса Христа». С родными вела себя агрессивно, не спала ночами, в связи с чем была переведена на стационарное лечение.

Госпитализация длилась около 4 мес. Для купирования психопродуктивной симптоматики проводилось лечение галоперидолом, аминазином, карбонатом лития, феназепамом. Плохо переносила лечение, получала корректоры в высоких дозах. Выписана на поддерживающем лечении аминазином, модитеном-депо с корректором.

В последующем госпитализации в стационар, дневной стационар и реабилитационное отделение ежегодные (до двух раз в год), длительные. Ремиссии некачественные, короткие — 1–2 мес. За время наблюдения пациентка получала все доступные группы нейролептиков в высоких дозах, в том числе атипичные (зипрекса, сероквель, рисперлепт), при этом не отмечалось достаточной терапевтической эффективности. Любое увеличение дозы приводило к развитию побочных явлений (дискинезия, дистония, слабость, сонливость, увеличение массы тела), что влекло за собой отказ от поддерживающего лечения. После купирования маниакально-бредовых состояний развивалась тяжелая депрессивно-бредовая симптоматика, лечение которой с применением антидепрессантов (в том числе современных) сопровождалось инверсией фазы. Стойкой лекарственной (даже параноидной) ремиссии достичь не удавалось.

После очередной выписки из стационара в реабилитационный комплекс с лечебной целью в связи с неэффективностью ранее проводимой терапии, плохой переносимостью всех применяемых нейролептиков, частыми обострениями на фоне отказа от поддерживающей терапии, при наличии депрессивно-бредовой симптоматики был назначен препарат сердолект в дозе 4 мг/сут., в сочетании с клопиксолом-депо, депакином хроно, рексетином, циклодолом. Каждые 3 дня доза сердолекта увеличивалась на 4 мг до 12 мг/сут. Положительный эффект был достигнут спустя 3 нед. в виде полного купирования психопродуктивной симптоматики, выравнивания фона настроения.

В течение 2 мес. последовательно были уменьшены дозы и отменены клопиксол-депо, циклодол, рексетин. Продолжала прием препарата депакин хроно в дозе 600 мг/сут. совместно с сердолектом, так как попытка уменьшения дозы нормотимика быстро повлекла за собой развитие гипоманиакальной симптоматики. Побочных явлений на фоне приема данных препаратов не отмечалось. При контрольных ЭКГ (каждые 3 месяца) отрицательной динамики, специфических изменений не выявлено.

Впервые за годы болезни в течение 12 мес. состояние оставалось стабильным. Больная достигла терапевтической ремиссии. Параллельно с медикаментозным лечением в реабилитационном комплексе пациентка посещала психообразовательные, психосоциальные программы. Выработан комплайнс с врачом, пациентка была адекватно деятельна, восстановила теплые, доброжелательные отношения с родственниками, появились постоянные подруги, расширился круг интересов (поет в хоре, посещает культурно-массовые мероприятия, учится игре на гитаре и др.). По результатам экспериментально-психологического обследования незначительно улучшились когнитивные функции, перестали нарастать дефицитарные личностные изменения.

На фоне стабильного состояния пациентка вместе с матерью решила навестить родственников в другом городе. Но запас препарата, приобретенного заранее, оказался недостаточным, в связи с чем в течение недели не принимала поддерживающего лечения.

На этом фоне резко изменилось психическое состояние с развитием аффективно-бредовой симптоматики, вновь была госпитализирована в стационар в экстренном порядке. В отделении, после купирования острой психопродуктивной симптоматики с применением типичных нейролептиков, был назначен сердолект в дозе 12 мг/сут., что сопровождалось сохранением стабильного состояния. Впервые за время болезни продолжительность госпитализации составила менее 2 мес. На этапе становления терапевтической ремиссии пациентка выписана в реабилитационный комплекс для закрепления эффекта терапии, где и находится в настоящее время. Продолжает лечение и реабилитационные мероприятия. Психический статус характеризуется терапевтической ремиссией на фоне формирующегося дефекта личности при отсутствии аффективных колебаний.

В целом считаем, что сердолект можно рекомендовать пациентам, страдающим расстройствами шизофренического спектра, при наличии галлюцинаторно-бредовой симптоматики в сочетании с аффективными расстройствами (преимущественно в депрессивной фазе), в том числе на фоне нарастающего дефекта личности или при непереносимости/неэффективности других, в том числе атипичных, нейролептиков.