

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ III

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

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 III / под ред. К49 А.Г.Гофмана, Ю.С.Савенко; сост. Л.Н.Виноградова. – Москва : МЕД-пресс-информ, 2023. – 540 с.
ISBN 978-5-907504-86-8.

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, психотерапевтов, клинических психологов и врачей других специальностей, 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 пациента и дискуссии. Это уже третий том разборов.

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

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

ISBN 978-5-907504-86-8

© Независимая психиатрическая ассоциация
России, 2023

© Оформление, оригинал-макет. Издательство
«МЕДпресс-информ», 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Вместо предисловия. Клинические разборы – основная школа профессионализма	4
1. Аффективные расстройства	10
1.1. Неблагоприятное течение биполярного психоза	10
1.2. Сенесто-ипохондрический синдром. А какова нозология? ...	35
1.3. Шизоаффективный психоз?	62
2. Шизофрения (расстройства самоидентификации)	89
2.1. Транссексуализм или шизофрения? А были ли основания для смены пола?	89
2.2. Гебоидное шизотипическое расстройство	108
3. Гипердиагностика шизофрении или психоорганическая аутоперсонамнезия?	141
3.1. Аутоперсонамнезия как дежавю. Расстройство памяти или деперсонализация?	141
3.2. Аутоперсонамнезия (биографическая амнезия): деперсонализация? конверсия? симуляция? органическая амнезия?	209
3.3. Случай аутоперсонамнезии. Диагностический разброд – подарок антипсихиатрам	254
4. Нервная анорексия и булимия	309
4.1. Нервная булимия и компульсивный гемблинг	309
4.2. Больная с нервной анорексией. Какова нозология?	336
4.3. Нервная анорексия, успех терапии	367
5. Пограничные расстройства	384
5.1. Anwesenheit – феномен воплощенного присутствия	384
5.2. Эпилепсия как маска аутоасфиксиофилии	411
5.3. Случай наркомании	422
6. Сочетанные формы психических расстройств	447
6.1. Особенности течения эндогенного процесса при ВИЧ-инфекции	447
6.2. Психическое расстройство у ВИЧ-инфицированной пациентки	467
6.3. Еще раз о сочетанных формах психической патологии ...	496
6.4. Болезнь Альцгеймера у эндогенной больной	512

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ – ОСНОВНАЯ ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

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

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

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

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

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

У нового поколения врачей тонкая топическая диагностика по данным клинического и нейропсихологического исследований вытесняется данными компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

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

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

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

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

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

Итак, речь идет о непредвзятом и, по возможности, полном описании спонтанного поведения больного в разное время, в разных ситуациях, с разными людьми, в том числе со своим врачом, и взаимодействия с ним

в ходе общения и беседы; беседы как способа установления неформальной коммуникации с больным, а не простого получения информации. Достижение неформальных отношений качественно повышает информативность.

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

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

Описание может осуществляться в великом множестве аспектов.

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

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

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

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

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

Необходимы также развернутый соматоневрологический диагноз и квалификация динамики социального статуса (личного, семейного, професси-

онального, экономического, общественного). Наконец, важна диагностика компенсаторных возможностей организма и личности.

Важно отметить, что нозологический диагноз остается венцом устремлений клиницистов. Квалификация по Международной классификации болезней преследует преимущественно цели единой международной статистики.

В 1996 г. – уже более 25 лет назад – под эгидой Независимой психиатрической ассоциации (НПА) России возобновлена давняя традиция отечественной психиатрии – проведение открытых клинических разборов. Они начали ежемесячно проводиться на базе старейшей в Москве Преображенской психиатрической больницы им. В.А.Гиляровского. Больницы, с которой началась пинелевская реформа в России, где приступил к своей профессиональной деятельности С.С.Корсаков, которая сама оказалась «репрессированной» в 1952 г., став из №1 – №3, а спустя 40 лет стала юридическим адресом НПА России. Участники разборов – врачи психиатрических больниц, преподаватели кафедр психиатрии медицинских вузов и кафедр усовершенствования врачей, их стажеры из разных городов страны, ординаторы, субординаторы, студенты медицинских вузов и психологических факультетов.

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

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

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

случаев обсуждаются социально-реабилитационные, правовые и этические проблемы.

Разнообразие ведущих клинических разборов, помещенных в первых томах (2006, 2015, 2017), позволяет существенно расширить представление о диапазоне индивидуальных манер и возможностей, которые они представляют. В первом выпуске клинических разборов 1996–2006 гг., наряду с основным ведущим Александром Юрьевичем Магалифом, в этой роли выступали профессора Александр Генрихович Гофман, Николай Георгиевич Шумский, Юрий Иосифович Полищук, Владимир Григорьевич Ротштейн, Сергей Юрьевич Циркин. Во втором и третьем томах собраны разборы 2006–2017 гг. Ведущим разборов с 2011 г. был проф. Владимир Вениаминович Калинин. Наряду с ним разборы проводили профессора Александр Генрихович Гофман, Александр Сергеевич Тиганов, Валерий Николаевич Краснов, Юрий Иосифович Полищук, Алла Сергеевна Аведисова, Марк Евгеньевич Бурно, Алексей Евгеньевич Бобров, Борис Дмитриевич Цыганков, Ярослав Богданович Калын, Виктор Гаврилович Остроглазов.

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

За это время обновился коллектив больницы, пришел новый главный врач: Ларису Степановну Ларину сменил проф. Георгий Петрович Костюк, приехавший из Санкт-Петербурга и до этого возглавлявший КПБ им. П.Б.Ганнушкина. Новым в клинических разборах стало участие иногородней профессуры. Так, один из разборов в отношении оснований смены пола у квазитранссексуала провел проф. Александр Олимпиевич Бухановский из Ростова-на-Дону, другой – специально прилетевший из Барнаула проф. Борис Николаевич Пивень, ведущий специалист по проблеме коморбидности, еще один – проф. Владимир Борисович Яровицкий из Ставрополя. Профессор Виктор Александрович Солдаткин из Ростова-на-Дону прислал несколько клинических разборов по тематике, на которой специализируется Ростовская клиника; стали приезжать и активно участвовать в разборах коллеги из других, даже дальних городов. В качестве врачей-докладчиков начали выступать врачи психоневрологических диспансеров, таким образом, появилась возможность заслушивать как врачей, которые вели больных в стационаре, так и наблюдавших их в диспансере. С другой стороны, все это пришлось на болезненно переживаемую «реформу оптимизации» психиатрии, как и всего здравоохранения. Профессор Г.П.Костюк, возглавивший уже в качестве главного психиатра Москвы ПКБ №1 им. Н.А.Алексеева, увел с собой значительную часть руководящих сотрудников. Несколько разборов было проведено в Алексеевской больнице, но очередная реорганизация проявилась в пассивности посещения разборов. Совсем другая обстановка сложилась в боль-

нице им. П.Б.Ганнушкина, куда пришла молодежь, при главных врачах Андрее Владимировиче Нарышкине и Владимире Ароновиче Меркеле.

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

1. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

1.1. Неблагоприятное течение биполярного психоза

Разбор ведет проф. А.С.Аведисова
Врач-докладчик А.А.Гончаренко (26.05.2016)

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется больная Полина К., 1984 года рождения, проживающая в г. Москве. Инвалид II группы.

Анамнез (со слов пациентки и данных медицинской карты амбулаторного больного). Наследственность отягощена психическими заболеваниями по линии матери, брат-близнец которой страдает аффективной патологией, перенес несколько аффективно-бредовых приступов. Мать – актриса драматического театра.

По характеру раньше была очень общительная, в последние годы стала замкнутой, «не от мира сего», резко сузился круг общения, избегает компаний, предпочитает проводить время дома, изучая религиозную и эзотерическую литературу, перечитывая стихи.

Всегда отличалась мнительностью, некоторой тревожностью, склонностью к бурным эмоциональным реакциям по незначительным поводам.

Мать разошлась с отцом пациентки еще до рождения, поскольку тот употреблял алкоголь. Родным отцом больная считает первого отчима, который появился, когда она была младенцем. Больная всегда была более близка к отчиму, ориентировалась на его мнение и всегда брала с него пример. Пациентка родилась от второй беременности, протекавшей с угрозой выкидыша. Воспитывалась отчимом.

Родилась недоношенной, с детства нерезко выраженное косоглазие. В младенческом возрасте позднее закрытие большого родника, диагностирован гипертензионный синдром. Развивалась по возрасту. Несмотря на то что родилась недоношенной, быстро набирала массу и не отставала в психическом и физическом развитии, даже напротив, развивалась быстрее сверстников. Ходить и говорить начала в 1 год. В 3 года уже читала и писала, сочиняла стихи. Практически ничем не болела, перенесла коклюш. Дошкольные детские учреждения не посещала, воспитывалась бабушкой. Росла подвижной, активной, общительной, душой компании, всегда стремилась занимать лидирующие позиции среди сверстников,

любила быть в центре внимания, испытывала потребность в признании извне. Отмечались явления патологического фантазирования. До 11 лет постоянно рассказывала о себе новым друзьям небывшие о своей жизни, хвастала несуществующими богатствами, которыми владела семья.

До 11 лет жила с матерью и отчимом. Дома жили достаточно дружно, но слишком шумно. Родители матери громко ругались между собой, мать всегда была эмоционально неустойчивой, в связи с чем отчим не выдержал атмосферы дома и ушел.

С 11 до 17 лет проживала с бабушкой, дедушкой, матерью и новым мужем матери, с которым сразу установились хорошие и дружеские отношения. До сих пор поддерживает с ним отношения.

В подростковом возрасте часто бунтовала, устраивала демонстративные выходы дома и в школе с целью отстаивания своих интересов и привлечения к себе внимания. При этом злобной и агрессивной никогда не была. Часто казалось, что ее никто не понимает, все родные, кроме отца и отчима, занимаются чушью. Поругавшись с матерью, уходила ночевать к отчиму на работу.

В школу пошла с 7 лет, успевала хорошо. Менструации с 12 лет. В период становления месячных – предменструальный синдром с головными болями, носовыми кровотечениями.

В школе отдавала предпочтение гуманитарным предметам. Отношения в коллективе строила без труда, заводила множество друзей, преимущественно из старших классов. Писала стихи.

Закончила международный университет по профессии лингвист-переводчик, испанский и английский языки.

Первые аффективные расстройства появились в возрасте 20 лет, в 2004 г., после расставания с сожителем, который был намного старше пациентки и имел семью. Снизилось настроение, часто плакала, была вялой, безучастной, много ела, поправилась на 10 кг, не было желания общаться с друзьями. Такое состояние удерживалось в течение двух месяцев и спонтанно разрешилось к осени 2004 г. Стала вновь активной, достаточно быстро сбросила лишний вес.

Аналогичные субдепрессивные состояния повторялись в 2005–2006 гг. Периоды спадов настроения перемежались периодами повышенной активности, когда начинала прибегать к употреблению алкоголя, много времени проводила в компаниях, не приходя ночевать домой. Заявляла, что мечтает всю жизнь посвятить бизнесу, стать дипломатом или политиком. В состоянии субдепрессии говорила, что хочет бросить институт, так как стало сложно, хуже переносила нагрузки.

Более очерченное маниакальное состояние развилось осенью 2006 г., когда после окончания вуза стала крайне активной, быстрой, энергичной, строила большое количество планов, высказывала массу идей, решила заниматься винным бизнесом. Заключила сделки по импорту алкогольных

напитков. Обращалась в компании людей из бизнеса. Прибегала к чрезмерному употреблению алкоголя. В таком состоянии провела всю осень. Мало спала, мало ела, много работала, параллельно занималась спортом, посещала ночные клубы, употребляла каннабиноиды, эпизодически – кокаин.

Инсомнические нарушения усугубились с ноября 2006 г., почти совсем не спала, при этом чувствовала себя необычно бодрой. Одновременно встречалась с несколькими молодыми людьми, стала раздражительной, резкой, несдержанной, нецензурно ругалась на родных. Речь была громкой и ускоренной. На этом фоне появились явления иллюзорного галлюциноза и гиперметаморфоза, стало казаться, что программы телевидения транслируются специально для нее. Казалось, что телефон в квартире прослушивается. Антенну принимала за скрытую видеокамеру. Переживала ощущение нереальности происходящего вокруг. Такое состояние продолжалось в течение месяца, в декабре 2006 г. была стационарирована в психиатрическую больницу (ПБ) №3. Состояние при поступлении определялось маниакальным возбуждением, отрывочными маниакально окрашенными бредовыми идеями.

С 6 декабря 2006-го по 14 марта 2007 года находилась в психиатрической больнице, диагноз «шизофрения приступообразная, шизоаффективный вариант». Получала терапию Клопиксомом, Контемнолом, Рисполептом и Финлепсином. Психотическая симптоматика редуцировалась в короткие сроки, маниакальная чуть позже с инверсией в депрессивную фазу.

После выписки в марте 2007 г. стала вялой, заторможенной, безразличной к окружающим, отмечались явления психической анестезии, дереализации, гиперсомнии. Испытывала болезненную утрату чувств к близким. На этом фоне возникли мысли о своей несостоятельности, бесцельности существования, много думала о самоубийстве, придумывала конкретные пути реализации задуманного, но не реализовала. В июле повторно госпитализирована в ПБ №3, с 3 июля по 28 августа 2007 г., с тем же диагнозом. Проводилась терапия Паксиллом, амитриптилином, Мелипрамином, Анафранилом, Зипрексой. В период лечения в стационаре отмечалась инверсия аффекта. В компании пациентов употребила алкоголь, отмечалось развитие психомоторного возбуждения, из-за чего была переведена в острое отделение. Выписана с рекомендацией пролонгированной формы Клопиксола и галоперидола. Диагноз при выписке прежний.

После выписки продолжало прогрессировать маниакальное состояние. Употребляла спиртное, ночами гуляла в компаниях олигархов и моделей, ездила по клубам, практически все время развлекалась. Голова при этом работала как компьютер. Отмечалось идеаторное и моторное ускорение. Ночами почти не спала, громко пела и танцевала под караоке. Третий раз стационарирована в психиатрическую больницу в 2007 г. Статус при поступлении определялся как психопатопоподобная мания с идеями отношений

5. ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

5.1. Anwesenheit – феномен воплощенного присутствия

В.А.Солдаткин, П.Б.Крысенко

(Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону)

В.А.Солдаткин. Дорогие коллеги, начнем нашу первую в наступившем 2016 г. клиническую конференцию. Она посвящена интересному, редкому, а точнее, малоизученному феномену – Anwesenheit, воплощенное присутствие. Наш интерес к этой теме связан с очевидным парадоксом: при том, что большинство психиатров-клиницистов сетуют на МКБ-10, операциональный подход, с ностальгией вспоминая «надежный нозологический фарватер» психиатрии, реальных клинических работ, новой разработки малоизученных тем психопатологии встретить сложно, если не сказать – невозможно.

Коллеги, понятие Anwesenheit мы можем найти в «Общей психопатологии» Карла Яспера (1923). Цитируя классика: «Разбирая обманы восприятия, мы специально подчеркивали физическую конкретность и наглядность переживаний. Теперь мы можем добавить к этим феноменам еще один; не будучи наглядным, он, однако, навязывает себя не менее энергично. Речь идет о феномене ложного осознания физического присутствия.

Больной чувствовал, что кто-то постоянно следует за ним или, скорее, чуть сзади и в стороне от него. Когда больной вставал, этот «некто» также вставал; когда он шел, «некто» шел вместе с ним; когда он оборачивался, «некто» держался за его спиной так, чтобы его невозможно было увидеть. Он всегда был на том же расстоянии, хотя иногда слегка приближался или слегка удалялся. Больной никогда его не видел, не слышал, не прикасался к нему и не ощущал его прикосновения; тем не менее он с исключительной ясностью испытывал чувство чьего-то физического присутствия. Несмотря на всю остроту переживания, больной в конечном счете заключил, что за его спиной никого нет».

Крайне интересным является вводимое автором разграничение описываемого феномена с обыденным, повседневным: «Сравнивая феномены этого рода со сходными нормальными явлениями (сидя в концертном зале, мы

знаем, что за нашей спиной сидит некто, потому что мы только что видели именно его; идя по темной комнате, мы внезапно останавливаемся, думая, что перед нами стена, и т.д.), нужно отметить следующее: хотя в подобных случаях мы как будто сознаем присутствие чего-то или кого-то, не основываясь на каких бы то ни было явных, наглядных сенсорных признаках, в действительности мы исходим либо из более давних ощущений, либо из тончайших мгновенных ощущений, которые выявляются при более тщательном исследовании ситуации (таково, например, ощущение изменения характера звучания или изменения плотности атмосферы в случае со стенами и т.п.). Что касается патологического осознания физического присутствия, то здесь переживание появляется как абсолютно первичный феномен, обладающий признаками настоятельности, несомненности и конкретной воплощенности».

Самые интересные, яркие, творческие статьи об этом феномене, опубликованные в России, по моему мнению, принадлежат перу проф. В.В.Калинина (Московский НИИ психиатрии). Позволю себе тезисно процитировать исследователя:

1. Состояние характеризуется ошибочным ощущением присутствия постороннего существа в непосредственной близости от больного.

2. Как правило, подобные состояния возникают при ясном сознании, когда больной находится в одиночестве дома или в другом помещении. Реже подобное ощущение возникает на открытом пространстве.

3. Больной при этом чувствует присутствие другого незнакомого ему человека или существа, которое не воспринимается ни с помощью слуха, ни с помощью зрения.

4. Anwesenheit отличается от истинных галлюцинаций отсутствием факта восприятия без объекта. От бредовых переживаний симптоматику Anwesenheit отличает отсутствие уверенности в данном переживании.

Анализ симптоматики предвестников позволил В.В.Калинину (2002) выделить три относительно самостоятельные группы феноменов, которые наблюдались в сочетании друг с другом, что не позволяет, по мнению автора, их рассматривать в отрыве друг от друга:

- *симптом воплощенного присутствия* (Ясперс К., 1923);
- *зрительные галлюциноиды* (Рыбальский М.И., 1992, 1993);
- *гаптические галлюцинации* (Рыбальский М.И., 1992).

Говоря о галлюцинаторной составляющей феномена присутствия, выделяются следующие клинические особенности:

1. Незавершенность, рудиментарность (тени, силуэты, неясные фигуры).

2. Зрительные образы локализируются не в центре поля зрения, а на его периферии (можно говорить об экстракамбинных галлюцинациях, поскольку пациенты утверждают, что видят образы боковым зрением либо даже за его пределами).

3. Мимолетность.

4. Зрительные обманы исчезают, если пациент предпринимает попытку взглянуть в образы, что принципиально отличает их от галлюцинаторных феноменов при делирии. Из этого косвенно следует, что в основе их происхождения лежит определенная гипотония психических процессов, тогда как активация психической деятельности приводит к их устранению.

Что касается гаптических тактильных галлюцинаций, то данный термин применяется для характеристики сложного обмана тактильного и общего чувства в виде ощущений схватывания, прикосновения, касания (Рыбальский М.И., 1992). Пациенты в этих случаях предпочитали чаще говорить о каком-то ветерке, дуновении либо ауре (Калинин В.В., 2002).

На взгляд В.В.Калинина, *Anwesenheit* свидетельствует об оживлении архаичных мозговых механизмов перед началом развернутых психотических картин галлюцинаторно-параноидной, парафренической и аффективно-бредовой структуры. Симптоматика *Anwesenheit*, сочетающаяся со зрительными галлюциноидами и гаптическими галлюцинациями, представляет собой оживление древних, архаичных психопатологических признаков, является своего рода психопатологическим атавизмом. Аргументация: в структуре феномена присутствуют неполные галлюцинаторные феномены в двух анализаторах – тактильном и зрительном, но не слуховом. Слуховой анализатор у человека используется почти исключительно для восприятия и анализа функции речи, что отличает вид *homo sapiens* от других видов млекопитающих. С другой стороны, развернутые психотические картины в рамках шизофрении в современных условиях характеризуются преимущественно симптоматикой вербальных псевдогаллюцинаций, явлений психического автоматизма и бредовыми переживаниями открытости мыслей и воздействия на мысли. Иными словами, шизофрения вида *homo sapiens* в настоящее время включает преимущественно патологию так называемой второй сигнальной системы, патологию символов, мышления и речи, что некоторые исследователи связывают с гиперфункцией доминантного левого полушария. Напротив, симптоматика *Anwesenheit* демонстрирует преимущественно участие в патологическом процессе довербальных психопатологических переживаний, характерных для первой сигнальной системы и, соответственно, для правого полушария. Наличие этих феноменов в структуре психотических переживаний можно расценить как оживление древнейших, архаичных функций, направленных на сохранение жизни индивида. В этой связи воплощенное чувство присутствия в сочетании со зрительными галлюциноидами и гаптическими тактильными галлюцинациями информирует больного о нарушении границ ареала его обитания либо об угрозе его соматического благополучия. В этом контексте зрительные галлюциноиды и собственно *Anwesenheit* следует трактовать как оживление сигналов о вторжении противника на территорию обитания, а гаптические галлюцинации – как оживление сигналов о нападении противника на индивида. С другой стороны, возникновение трех описанных феноменов можно

расценить как утрату границ не только места своего обитания, но и своей соматической оболочки (гаптические галлюцинации), поскольку стирается грань между своим и чужим, что равносильно прекращению соматической индивидуальности, т.е. соматического «я». Если симптоматика группы Anwesenheit указывает на утрату границ соматического «я», то явления 1-го ранга – на утрату границ психического «я», что в принципе имеет сходное значение для заболевшего индивида. Принципиально, что феномены воплощенного присутствия по времени возникали раньше симптоматики синдрома психического автоматизма, из чего следует, что в филогенезе эти психотические переживания возникли также на более раннем этапе развития вида *homo sapiens*, чем симптомы 1-го ранга. Этим в очередной раз подтверждается универсальность биогенетического закона, который говорит, что онтогенез повторяет филогенез. Вероятно, шизофрения у наших далеких предков характеризовалась в целом клинической картиной, имеющей отличия от современной параноидной формы в виде отсутствия явлений 1-го ранга, но наличия психозов с большим удельным весом зрительных и гаптических галлюцинаций и собственно явлений Anwesenheit.

Умозаключения В.В.Калинина, приведенные выше, бесспорно, остроумны, интересны, убедительны. Как любая творческая мысль, они будоражат воображение, требуют ответов на возникающие вопросы. Например, как быть с ощущением присутствия после утраты значимого близкого; «мнимым компаньоном» детей; мистическими переживаниями (церковь, «вызов духов»)?

Всегда ли Anwesenheit предвещает психотический шизофренический приступ?

В октябре 2014 г. нами было выполнено анонимное анкетирование студентов РостГМУ I (n=161), III (n=179), V (n=140) курсов; выбор групп осуществлялся случайным методом. В общей сложности анкетировано 480 студентов. Разработана и применена авторская анкета.

Возраст анкетированных был в границах от 17 до 39 лет (средний – 19,9 года). В мероприятии приняли участие 124 юноши (25,8%) и 356 девушек (74,2%).

В анкету был включен пункт, оценивающий опыт переживания «воплощенного присутствия». Предлагалось отметить пункт, если хотя бы однократно в жизни:

1. Казалось, что рядом с Вами присутствует кто-то незримый. Вы этого присутствующего не видели и не слышали, и тем не менее было чувство, что Вы в комнате не одни (хотя на самом деле никого не было): 191 (39,8%).

2. Боковым зрением (в углах глаз) Вы видели мимолетные нечеткие тени, или силуэты, или фигуры с неясными очертаниями. Если Вы пытались их разглядеть, они исчезали: 164 (34,2%).

3. При этом появлялось (на секунды) ощущение схватывания, прикосновения, касания, дуновения: 83 (17,3%).

Таблица 5.1.1. Корреляция компонентов СВП

	Ощущение присутствия	Зрительные экстракампинные элементарные галлюцинации	Гаптические тактильные галлюцинации
Ощущение присутствия	1,0	0,32	0,36
Зрительные экстракампинные элементарные галлюцинации	0,32	1,0	0,28
Гаптические тактильные галлюцинации	0,36	0,28	1,0

Методом непараметрической статистики (ранговая корреляция Спирмена) была оценена связь между интересующими параметрами. Установлено, что присутствуют достоверные ($p \leq 0,05$) корреляционные связи между опытом ощущения присутствия и женским полом ($r=0,14$). Проявления синдрома воплощенного присутствия (СВП) оказались достоверно связанными друг с другом, в таблице 5.1.1 приведены коэффициенты корреляции.

Из таблицы 5.1.1 следует, что связь трех компонентов синдрома имеет умеренную силу; ощущение присутствия в несколько большей степени связано с гаптическими, чем с экстракампинными зрительными галлюцинациями. Наличие достоверной связи между гаптическими и экстракампинными зрительными галлюцинациями позволяет предполагать их патогенетическую общность.

Это небольшое исследование ставит много сложных задач. Все однозначно непросто с этим СВП. Учитывая это, мы с сегодняшним врачом-докладчиком – П.Б.Крысенко – запланировали исследование на тему «Клинико-психопатологическое исследование синдрома воплощенного присутствия». Перед Петром Борисовичем поставлены задачи:

1. Провести сравнительный анализ частоты возникновения и клинико-динамических характеристик синдрома воплощенного присутствия у больных, страдающих:

- психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (F1);
- шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F2);
- расстройствами настроения (F3);
- невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F4) и
- у здоровых лиц.