

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**А.П.Коцюбинский, Ю.В.Исаенко, К.А.Лукманова,
А.М.Моргунова**

ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева
2015

УДК: 616.85:616.89-07
ББК:56.14

Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Лукманова К.А., Моргунова А.М. Шизотипические расстройства.: учебно-методическое пособие - Санкт-Петербург: - Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015 – 107 с.

Данное пособие содержит материал, отражающий современные представления о психопатологии непсихотических аутохтонных психических расстройств в системе патологии шизофренического спектра. Особое внимание уделяется дифференциальной диагностике непсихотических расстройств (шизотипические расстройства, расстройства личности, невротические расстройства). Специальному рассмотрению подвергаются субпсихотические нарушения, возникающие на фоне неврозоподобных шизотипических расстройств.

Учебное пособие «Шизотипические расстройства» подготовлено по дисциплине «Психиатрия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей, обучающихся по специальности 14.01.06 – психиатрия.

УДК: 616.85:616.89-07
ББК: 56.14

Рецензенты:

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ.

Утверждено и рекомендовано к печати ученым советом ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» (протокол ... от ... 2015)

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015
© Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Лукманова К.А.,
Моргунова А.М., 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение		4
Глава 1	Общие представления о шизотипических расстройствах	7
Глава 2	Позитивные (неврозоподобные) шизотипические симптомокомплексы	18
	1. Обсессивно-фобический синдром	19
	2. Дистормофобический синдром	32
	3. Небредовой ипохондрический синдром	38
	4. Конверсионно-диссоциативный синдром	51
	5. Деперсонализационно- дереализационный синдром	53
	6. Псевдоастенический синдром	59
Глава 3	Субпсихотические феномены при неврозоподобных шизотипических расстройствах	66
	1. Субпсихотические обсессивно-фобические феномены	67
	2. Субпсихотические дистормофобические проявления	76
	3. Субпсихотическая ипохондрическая симптоматика	78
	4. Субпсихотическая конверсионно-диссоциативная симптоматика	80
	5. Субпсихотическая деперсонализационно-дереализационная симптоматика	80
	6. Субпсихотическая псевдоастеническая симптоматика	81
Глава 4	Негативные шизотипические симптомокомплексы..	82
	А. Псевдопсихопатические расстройства	82
	1. Гебоидный синдром	85
	2. Гистрионоформный синдром	88
	3. Импульсивно – диссоциативный синдром	90
	4. Аутистический синдром	92
	Б. Простые и бедные симптомами расстройства	97
	1. Дисмотивационный синдром	97
	2. Амотивационный синдром	100
Тестовые задания		103
Рекомендуемая литература		104

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на подчеркнутую атеоретичность существующих классификаций психических расстройств, появляется все больше работ, свидетельствующих о необходимости и целесообразности более глубокого проникновения в их клиническую сущность. При этом, как подчеркивает В. Н. Краснов (2008), «речь не идет о воспроизведении и консервировании принципов уже известных подходов, но именно о развитии психопатологии с поиском новых оснований для наиболее точной клинической диагностики, построения функционального диагноза, а также клинического и социального прогноза. Вероятно, здесь возможна и полидиагностика, включающая описательную феноменологию, психодиагностику, оценку социального функционирования, нейропсихологические подходы».

Необходимость такого переосмысления имеющихся на сегодняшний день клинических представлений связана также и с тем, что, как подчеркивает М. Ю. Попов (2004а, 2004б), до сих пор продолжают доминировать устаревшие представления о фатальном, неизбежно прогрессивном и приводящем к формированию дефекта течении шизофрении, исторически лежавшие в основе классической нозологической концепции.

Результаты длительных катamnестических исследований говорят об исключительном многообразии вариантов течения шизофрении и о значительной частоте благоприятных ее исходов. При этом высокую частоту прогностически благоприятных случаев нельзя объяснить только ошибками диагностики или использованием недостаточно строгих критериев, поскольку их доля практически не зависит от диагностического подхода.

Анализ ряда параметров (позитивных и негативных симптомов, когнитивных нарушений) с точки зрения их динамики показывает, что и для каждого из них в отдельности прогрессивность течения не является обязательной чертой.

Появляется все больше работ о том, что течение и исход не детерминированы самой природой шизофрении, а находятся под влиянием огромного числа разнообразных факторов (общебиологических, средовых, терапевтических и др.). Таким образом, прогрессивность течения не может рассматриваться в качестве одного из фундаментальных критериев диагностики шизофрении; более перспективными представляются те подходы, в основе которых лежит отказ от концептуализации шизофрении в качестве четко очерченной дискретной нозологической единицы.

Это обстоятельство со всей неизбежностью возвращает к давно ведущейся дискуссии о непсихотических, «краевых» состояниях, сходных лишь по ряду параметров с ядерными проявлениями шизофрении, т. е. о целесообразности рассмотрения непсихотических аутохтонных психических расстройств в системе так называемой патологии шизофренического спектра.

Именно этот контингент больных остается «камнем преткновения» для нахождения ему места в систематике психических расстройств.

Во многих работах постулируется необходимость выделения самостоятельных расстройств шизофренического спектра, определяющихся преобладанием характерным образом видоизмененных непсихотических симптомов без обязательного наличия психотической симптоматики (Berman I., Pappas D., Berman S., 1997). С этой точки зрения, представление о таких расстройствах, как о «неиерархических синдромах», подчеркивает их обособленность от традиционной психотической синдромальной структуры шизофренических расстройств (Boyd J. H., Burke J. D., Gruenberg E. [et al.], 1984).

Попыткой разрешения имеющихся противоречий является концепция, предполагающая наличие самостоятельных «промежуточных» форм расстройств шизофренического спектра, характеризующихся ведущими непсихотическими расстройствами при отсутствии признаков манифестного психоза — с одной стороны, и своеобразием клинической картины и течения — с другой (Ястребов Д. В., 2011).

Первоначально основной группой аутохтонных непсихотических заболеваний была шизофрения, что послужило основанием для разработки целого ряда диагностических квалификаций: латентная шизофрения (Rorschach H., 1942), амбулаторная шизофрения (Zilboorg J., 1941), оккультная шизофрения (Stern A., 1938), псевдошизофрения (Rapaport D., Gill M., Schafer R., 1946), abortивная шизофрения (Mayer W., 1950), субклиническая шизофрения (Peterson D. R., 1954), псевдопсихопатическая шизофрения (Dunaif S., Hoch P. H., 1955), псевдоневротическая форма шизофрении (Hoch P. H., Polatin P., 1949), шизофренический характер (Schafer R., 1948), психопатический характер (Frosch J., 1964).

Однако соответствующие диагностические рубрики в современных международных системах классификации психических расстройств отсутствуют; для таких клинических случаев обычно используется мультиаксиальный подход, подразумевающий сочетание ведущего синдромального диагноза (например, обсессивно-компульсивное расстройство и т.д.) и коморбидных (сочетанных) нарушений, как правило, по оси II DSM-IV (например, шизотипического расстройства личности).

Данная концепция лишь частично совпадает с представлениями отечественных исследователей в отношении малопрогредиентных форм шизофрении и предполагает участие в процессе диагностики не только клинического анализа, но и исследование нейробиологических и фармакологических механизмов, обосновывающих выделение рассматриваемых вариантов расстройств (Hwang M. Y., Morgan J. E., Losonczy M. F., 2000). Тем не менее, в некоторых адаптированных национальных версиях МКБ-10 (в частности, принятой к использованию в Российской Федерации) в качестве исключения выделяются соответствующие разделы (такие, как шизотипические расстройства), однако

их использование в научных работах в этом случае ограничивается лишь национальными рамками (Ястребов Д. В., 2011).

Отражением этой ситуации является то неопределенное положение, которое занимают шизотипические расстройства в современных классификациях психических заболеваний.

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ШИЗОТИПИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Шизотипические расстройства — это широко представленные состояния, определяемые в рамках клинико-нозологической парадигмы как вариант аутохтонного процесса с относительно благоприятным течением и относимые к расстройствам шизофренического спектра, в котором, по данным разных авторов, составляют от 16.9—20.4% (Уланов Ю. И., 1991) до 28.5—34.9% (Ястребов В. С., 1987).

В то же время шизотипические расстройства являются одной из наиболее тяжелых форм так называемой пограничной психической патологии. Данная патология неблагоприятно влияет на социальную адаптацию пациентов и приводит к многочисленным госпитализациям в психиатрический стационар (Борисов Д. Ю., 2007; Павличенко А. В., 2007; Смулевич А. Б., 2009в). При этом если в DSM-IV шизотипические расстройства рассматриваются среди расстройств личности, то в рамках Международной классификации болезней (МКБ-10) они включены в раздел F2, наряду с шизофренией и бредовыми расстройствами.

Н. Г. Незнанов (2010) отмечает, что «МКБ-10 не рекомендует эту рубрику для широкого диагностического использования в связи с трудностями отграничения ее, с одной стороны, от простой формы шизофрении, с другой — от шизоидной или параноидной личностной патологии», а В. Н. Краснов (2009) подчеркивает, что «в исследованиях данный диагноз обычно служит критерием исключения; определенных терапевтических рекомендаций не имеет либо требует пересмотра в пользу шизофрении». При этом в целом шизотипические расстройства, несмотря на их по существу «остаточный» статус в МКБ-10, занимают существенное место и удельный вес в структуре аутохтонных заболеваний.

Данные о наследственности больных шизотипическими расстройствами носят противоречивый характер. С точки зрения одних исследователей, среди родственников таких пациентов очень часто обнаруживаются аналогичные психические расстройства, а также — психотические шизофренические и аффективные нарушения, что свидетельствует не только об аутохтонности шизотипических расстройств, но и об их близости к психотическим формам заболевания.

По наблюдениям Г. В. Финка (2001), родственники первой степени родства у 3,2% больных с неврозоподобными проявлениями шизотипических расстройств страдали психотическими формами шизофрении, а у 10,9% — обнаруживали клинические проявления шизотипических расстройств. Как отмечают К. S. Kendler [et al.] (1984), риск наличия шизотипических расстройств у родственников первой степени родства больных шизофренией почти в четыре раза выше по сравнению с контролем. По обобщенным данным М. В. Вандыша (2008), при неврозоподобных шизотипических

расстройствах в целом наследственная отягощенность по эндогенному типу достигает 71,4%. В этих наблюдениях прослежена и конституциональная ось наследования, т. е. характерные личностные особенности: у родственников первой степени родства больных с шизотипическими расстройствами были выявлены выраженные (психопатические) черты расстройства личности, большинство из которых (15,5%) составили аномалии шизоидного типа.

Согласно гипотезе, сформулированной L. J. Siever и K. L. Davis (2004), у лиц с шизотипическими расстройствами и у больных шизофренией имеется общая генетическая аномалия, которая выражается особой предрасположенностью к развитию нарушений функции височной области мозга под влиянием самых различных воздействий окружающей среды (таких, например, как гипоксия).

Однако, независимо от такого рода генетической предрасположенности, при благоприятных условиях среды дальнейшие, характерные для шизофрении нарушения (изменение объема лобной коры, дестабилизация дофаминергической активности мозговых, особенно подкорковых структур) не развиваются. Речь идет о том, что лобная кора может обладать определенными резервами на когнитивном уровне (имеется в виду общее интеллектуальное развитие), которые при благоприятных внешних условиях играют роль смягчающего фактора, уменьшающего действие генов предрасположенности к шизофрении до уровня нарушений, свойственных больным с шизотипическими расстройствами.

С другой стороны, по результатам некоторых исследований — психологических, электрофизиологических и иммунологических — было обнаружено, что в спектре аутохтонных заболеваний пациенты с шизотипическими расстройствами стоят «особняком» и отличаются от пациентов с психотическими формами шизофрении (Бутома Б. Г., 2008; Слезин В. Б., Коцюбинский А. П., Шульц Е. В., 2009; Слезин В. Б., Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Аристова Т. А., Дитятковский М. А., 2009).

Согласно адаптированному для использования в Российской Федерации варианту МКБ-10 под шизотипическими расстройствами, прежде всего, понимают различные клинические варианты вялотекущей шизофрении. Шизотипические расстройства чаще всего протекают на непсихотическом уровне и «по своей клинической картине напоминают дебютные проявления психотических форм болезни» (Незнанов Н. Г., 2010). В картине шизотипических расстройств на всем протяжении доминируют неврозоподобные, психопатоподобные и «бедные симптомами» нарушения. Основные проявления, присущие прогрессивным формам шизофрении, остаются неотчетливыми: нет ни выраженного эмоционального оскудения, ни заметного падения активности, ни очевидных, бросающихся в глаза нарушений мышления. Эти симптомы лишь иногда как бы просвечивают через психопатоподобные нарушения поведения или неврозоподобные расстройства.

Заболевание отличается незаметным медленным началом и манифестацией, напоминающей декомпенсацию психопатии или психогенно вызванный затяжной невроз; дебют чаще всего падает на старший подростковый или послеподрастковый возраст.

Непсихотические нарушения с годами могут ослабевать и не препятствовать удовлетворительной социальной адаптации, а могут и нарастать, оставаясь все-таки в рамках неврозо/психопатоподобных расстройств, но одновременно обуславливая глубокую социальную дезадаптацию. Однако так называемое шизофреническое слабоумие — дефектное состояние с выраженными шизофреническими изменениями личности (теперь в западной психиатрической литературе это конечное состояние называется резидуальной шизофренией) — не бывает исходом болезни.

Диагностика шизотипических расстройств требует особого, интегрального подхода, основанного не на отдельных проявлениях болезни, а на совокупности клинических признаков.

Для психометрической оценки этих состояний адекватной оказывается использование шкалы SOPS (Scale of Psychosis-Risk Symptoms), которая включает рудиментарные феномены, не достигающие критериев развернутого психоза:

1. Позитивные симптомы:

- а) необычное содержание мышления/бредовые идеи;
- б) подозрительность/идеи преследования/идеи величия;
- в) нарушение восприятия/галлюцинации;
- г) дезорганизация процессов мышления.

2. Негативные симптомы:

- а) социальная изоляция и отгороженность;
- б) абулия;
- в) дефицит выражения эмоций;
- г) эмоциональное уплощение и дефицит ощущения «Я»;
- д) обеднение мышления;
- е) нарушение ролевого поведения.

3. Симптомы дезорганизации:

- а) странности в поведении, внешнем облике и мышлении;
- б) затруднения концентрации внимания;
- в) неряшливость и/или пренебрежение социальными нормами.

4. Общие симптомы:

- а) нарушения сна;
- б) моторные нарушения;
- в) снижение толерантности к обыденным стрессовым факторам и др.

В процессе диагностического анализа учитываются сведения:

- о семейном отягощении (случаи «семейного» заболевания);
- особенностях преморбида, развития в детском, пубертатном и юношеском возрасте;

- необычных или вычурных увлечениях в указанные периоды;
- резких, ограниченных во времени характерологических сдвигах с профессиональным «надломом», изменениями всего жизненного пути и нарушениями социальной адаптации;
- наличии постепенного, связанного с падением интеллектуальной активности и инициативности, снижения трудоспособности.

Вспомогательное, но, по мнению современных европейских психиатров, весьма существенное значение для диагностики имеют:

- нарушения экспрессии, придающие облику больных черты странности, чужаковатости, эксцентричности; пренебрежение правилами личной гигиены, «запущенность», неряшливость одежды;
- манерность, парамимия с характерным, избегающим собеседника взглядом;
- угловатость, толчкообразность, «шарнирность» движений;
- напыщенность, многозначительность речи при бедности, неадекватности интонаций.

Совокупность этих особенностей выразительной сферы с чертами необычности, чужеродности определяются Н. С. Rümke (1958) понятием «чувства шизофрении» — «Praesoxgefühl» («praesox feeling» в англоязычной терминологии).

Базовые зависимости, характерные для психотических форм шизофрении и отражающие поляризацию процессуальных расстройств, отмечаются и при малопрогредиентном течении заболевания (Смулевич А. Б., 2009в), что, соответственно, позволяет выделить основные тенденции в развитии непсихотических проявлений аутохтонного процесса — либо в сторону нарастания негативных проявлений при редукции позитивных расстройств, либо в сторону усложнения позитивной симптоматики.

При малопрогредиентных формах заболевания, протекающих без манифестации генерализованных психотических симптомокомплексов, сложных в плане сочетания позитивных и негативных расстройств, имеющаяся тенденция к поляризации выявляется наиболее отчетливо. Соответственно систематика такого рода расстройств должна проводиться с учетом пропорции проявлений позитивного и негативного психопатологических векторов.

Именно с этой точки зрения рассматриваются непсихотические состояния при малопрогредиентном течении шизофрении А. Б. Смулевичем (2009в). Результатом такого подхода является заключение о том, что не только при психотических формах шизофрении, но и в условиях малопрогредиентного аутохтонного процесса формирование вариантов заболевания протекает по типу «позитивной» и «негативной» шизофрении. Отчетливая тенденция к поляризации психопатологических расстройств

выявляется и при анализе других исследований вялотекущей шизофрении (Колюцкая Е. В., 2001; Волель Б. А., 2003).



Рис. 1. Виды шизотипических расстройств

При развитии болезни по закономерностям **«позитивной» шизофрении** выявляются признаки расширения и систематизации неврозоподобной симптоматики, приобретающей свойства более тяжелых, достигающих субпсихотического уровня регистров (например: панические атаки — генерализованная витальная тревога; навязчивости повторного контроля — «помешательство сомнений»).

Формирование вариантов **«негативной» шизофрении** реализуется по двум направлениям:

а) нарастание психопатоподобной симптоматики, завершающееся формированием резидуальных псевдопсихопатических состояний;

б) трансформация психопатологических расстройств (аутохтонная астения, расстройства самосознания в сфере интеллекта и телесной перцепции с феноменами отчуждения активности «Я», коэнестезии), в дефицитарные (астенический дефект, дефект типа простого динамического опустошения).

Так же, как и шизофренические психозы, шизотипические расстройства могут протекать как непрерывно, так и в форме приступов. Однако типологическое разделение шизотипических расстройств по этому принципу не соответствовало бы клинической реальности, поскольку в большинстве случаев приступы сочетаются с вялым непрерывным течением.

При шизотипических расстройствах можно отметить несколько особенностей.

1. В целом наблюдается несоответствие отдельных симптомов друг другу, их дискордантность. Такая ситуация отличается от конкордантности, свойственной клинической картине невротического расстройства, когда отдельные симптомы гармонично включены в целостный невротический симптомокомплекс и соответствуют аффективным переживаниям больного.

2. Внутри формирующегося синдрома прослеживается характерная динамика, вектор которой направлен от более простых к более сложным психопатологическим проявлениям, от «невротических» или «психопатических» к «псевдоневротическим» и «психопатоподобным».

3. Отсутствует четкая граница между разными вариантами неврозоподобных и психопатоподобных проявлений и элементы одного из них, как правило, включены в картину другого.

4. Возможен переход неврозоподобного варианта шизотипических расстройств в психопатоподобный.

Для всех шизотипических расстройств достаточно характерны (и наиболее хорошо изучены) соучаствующие в клинической картине заболевания **аффективные расстройства** — депрессивные, гипоманиакальные и со смешанным аффектом (Финк Г. В., 2001).

Такая ситуация обусловлена, по всей вероятности, сходными трансмиссивными нарушениями, лежащими в основе аффективной и неврозоподобной симптоматики при шизотипических расстройствах. Это определяет организменную диссоциацию, приводит к «динамичности»

возникших симптомов и постоянному стремлению к их расширению, усложнению, сочетанию с разными кластерами психических расстройств и, наконец, к появлению дефектной симптоматики при шизотипических расстройствах, а при аффективной симптоматике — к «сглаженной» циркадности, т. е. тенденции к постоянству эмоциональных нарушений с формированием негативных изменений разной глубины выраженности.

По наблюдениям А. С. Розиной (2010), аффективная фасадная симптоматика при шизотипических расстройствах выявляется в 22,6% случаев. О частоте аффективных нарушений обоих полюсов при шизотипических расстройствах, преобладающими среди которых являются субдепрессивные проявления, указывается также в работе Е. С. Лошакова и И. В. Шлеминой (2007).

Следующие особенности характерны для аффективных феноменов в рамках шизотипических расстройств:

1. Субсиндромальные панические атаки, характеризующиеся пароксизмами тематической определенности страха (боязнь умереть или оказаться в неприглядном положении), имеют ряд особенностей:

а) внезапность манифестации на фоне генерализованной тревоги, при фоновых проявлениях которой источник опасности больной видит не в себе самом, а в ситуации, неблагоприятной для себя и окружающих;

б) персистирующий, затяжной характер каждого приступа, при котором его длительность доходит до нескольких часов, значительно превышая таковую при невротических расстройствах;

в) наличие в структуре явлений ауто- и аллопсихической деперсонализации;

г) протекание с преобладанием соматовегетативных феноменов по типу дизестетических кризов: извращенной сенсорной чувствительности, когда тепло воспринимается как боль или холод и пр., в которых существенное место занимают сенестезии, т. е. своеобразные, с трудом поддающиеся описанию нарушения чувства тела и моторной активности;

д) наличие сенестопатических кризов;

е) сочетание с явлениями когнитивной тревоги (со страхом потери контроля над собой, сумасшествия);

ж) нередкое появление уже в дебюте заболевания контрастных obsessions.

2. Волнообразные периоды генерализованной тревоги (беспредметная тревога или опасение по многочисленным поводам) или ипохондрических фобий (достаточно быстро, в отличие от чисто невротических, приобретающих тотальный характер), с предъявлением больными категорических эгоцентричных требований к родственникам, чтобы они постоянно находились вместе с ними, хотя сопровождение родственников не приводит к успокоению пациентов.

3. В инициальном периоде аффективная патология может играть ведущую роль, в то время как другие психопатологические включения

(неврозо- и психопатоподобные) на этом этапе отличаются неразвернутостью и редуцированностью, в целом не определяя клиническую картину заболевания на этом этапе.

4. В качестве аффективных проявлений при шизотипическом расстройстве выступают депрессии, дисфории, неадекватность аффективных разрядов. Структура аффективных нарушений во многих случаях оказывается сложной и достаточно атипичной. При этом депрессивные расстройства отличаются полиморфизмом, часто оказываются диссоциированными, т. е. имеет место диссонанс симптомов, который заключается в следующем: выраженности аффективных реакций, с одной стороны, и их маломодулированности, монотонности и уплощенном характере — с другой, выпадении одного из компонентов депрессивной триады (отсутствие идеаторной или моторной заторможенности), частом отсутствии идей самообвинения. Диссоциация симптомов депрессии, неоднородность и изменчивость ведущего аффекта, выраженный полиморфизм депрессивных переживаний выступают, как отмечают Н. Н. Иванец и Е. Н. Ефремова (2012), в рамках тревожно-депрессивных (16,6%), астено-депрессивных (25,9%), апато-депрессивных (27,7%), деперсонализационно-депрессивных (20,4%) и ипохондрически-депрессивных (9,3%) синдромов.

5. Наиболее характерна ангедония с признаками астении и витальности:

а) тоскливо-апатическое состояние, часто с тревожно-дисфорическим настроением, характеризующимся угрюмым недовольством, раздражительностью, капризностью, ворчливостью (Козлова И. А., Башина В. М., 2005);

б) тревожно-тоскливый аффект, плохо разграничиваемый самими больными и протекающий с внутренним беспокойством и напряжением, ощущением надвигающегося несчастья, беды или — более конкретных опасений в отношении работы или благополучия семьи (Шлемина И. В., 2009);

в) анергические нарушения (проявления апатичности, анергии, психической анестезии, адинамии), которые могут перекрываться соматовегетативным компонентом в виде затяжных сенестоалгий, имеющих тенденцию к континуальному течению;

г) суицидальные попытки после объективно незначительных психотравм, реализующихся по типу реакций «короткого замыкания»;

д) усиление когнитивных нарушений.

6. Возникающие гипертимные состояния, даже в случае биполярной структуры аффективной патологии, оказываются непродолжительными, ощущения радости и удовольствия во время маний отсутствует или бывают выражены незначительно. Часто возникают раздражительность, гневливость, двигательная расторможенность.

7. Возможна также стойкая гипертимия (приподнятое настроение, сопровождающееся повышенной, но адекватной активностью в сфере профессиональной деятельности и бытовых занятий) с монотонно приподнятым аффектом, оттенком самодовольства, самоуверенности, элементами регрессивной синтонности, а также оптимизм с высоким порогом чувствительности к негативным событиям. При доминировании гипоманиакальных расстройств тимопатический компонент отличается редуцированностью, атипией, монотонностью и однообразием; витальный аффект отсутствует, эмоциональные реакции тусклые, отмечается преобладание соматовегетативных нарушений и двигательного компонента.

8. В структуре смешанных состояний атипичные аффективные расстройства проявляются чередованием тревожно-дисфорических, тревожно-апатических депрессий и тусклых гипоманиакальных фаз.

9. Во время беседы пациенты с шизотипическими расстройствами могут проявлять бурные аффективные реакции, однако обращает на себя внимание отсутствие адресата этих эмоций и стереотипность, однообразие аффективных проявлений на разные по значимости стимулы. В целом же у таких больных имеет место низкий уровень заинтересованности в интерперсональных отношениях, в том числе с лечащим врачом. Причину своего психического неблагополучия они видят вовне, обвиняя близких, сослуживцев, «несчастливую судьбу»; у них часто отсутствует глубокая привязанность к близким, которые нередко отмечают резкое изменение отношений пациента к ним с момента начала заболевания.

Наиболее часто аффективные нарушения имеют место в инцидуме шизотипических расстройств. При этом, как показала И. В. Шлемина (2009), аффективные нарушения провоцировались внешними причинами, хотя при этом четкой связи с содержанием психотравмирующих воздействий не прослеживалось. Дальнейшее течение аффективной симптоматики может иметь как биполярный, так и рекуррентный и, реже, изначально континуальный тип течения (Шлемина И. В., 2009). По мере развития аутохтонного заболевания депрессивные состояния возникают спонтанно, обнаруживая тенденцию к затяжному течению. При этом аффективные расстройства в одних случаях играют на определенном этапе ведущую роль, а в других — отличаются неразвернутостью и редуцированностью, в целом не определяя клинической картины заболевания (Шлемина И. В., 2009).

Важно подчеркнуть, что фазные аффективные расстройства не характерны для неврозов и экзогенно-органических заболеваний, и, если другая имеющаяся у конкретного пациента симптоматика не дает возможности разрешить дифференциально-диагностические сомнения, то наличие аффективных фаз может оказаться решающим аргументом в пользу диагностики шизотипических расстройств (если в данном наблюдении исключен диагноз циклотимии или дистимии).

Со временем происходит постепенное укорочение светлых промежутков, течение заболевания приближается к непрерывному, а

биполярность проявлений имеет тенденцию к монополярности, когда преобладающими оказываются депрессивные нарушения.

Проявления процессуально-обусловленного и конституционально-характерологического радикалов у больных с аффективными компонентами шизотипических расстройств со временем настолько тесно сливаются друг с другом и приобретают такие явные черты истериформности, что выступают в едином неразделимом симптомокомплексе поведения пациента в форме его склонности к экзальтации и необдуманным поступкам либо подчеркнуто депрессивного (дисфорического) атрибутивного стиля взаимоотношений с окружением.

В наибольшей степени аффективная симптоматика представлена при неврозоподобных формах шизотипических расстройств, с чем связан и высокий риск суицидальных переживаний у этих пациентов. Значительная частота суицидальных тенденций — одна из важных черт, отличающих неврозоподобную форму от психопатоподобной и простой (бедной симптомами). К счастью, суицидные мысли относительно редко реализуются в действии. Наблюдается «суицидальная амбивалентность»: индивидуум (чаще это подросток) долго колеблется, предпринять ли суицидную попытку, не раз останавливается на полпути, зачастую так и оставляет мысли нереализованными. Попытки обычно совершаются наедине, рассказывать о них избегают и лишь гораздо позже, когда суицидные мысли исчезают, раскрывают пережитое и признаются в совершенных действиях. Причину суицидного поступка часто толком объяснить не могут. При расспросах резонерствуют о жизни и смерти, говорят о «непонимании». Выбираемые способы поражают необычностью и даже нелепостью: например, лечь в сугроб, чтобы замерзнуть, или с помощью вязальных спиц подключить себя к электросети, или жевать растолченное стекло, или броситься в воду, предварительно «выдохнув весь воздух», и т.п. Однако серьезные покушения и завершенные суициды не исключены, и в этом отношении требуется бдительность.

К особенностям аффективных проявлений следует отнести часто встречающуюся у этих пациентов соматоформную окраску имеющихся эмоциональных нарушений. В клинике аутохтонных заболеваний к соматоформным относят симптоматику, представляющую собой одно из клинических выражений основного психического расстройства. К числу таких симптомов относятся: головная боль (чаще распирающего характера), снижение аппетита, физическая слабость, разнообразные «реалистичные» неприятные ощущения и психовегетативные симптомы, локализующиеся в различных частях тела — часто в области сердца, а также цианоз и похолодание конечностей, изменение тургора кожи лица, одутловатость век, давление в затылке, боли в переносице, головокружения, шум в ушах, тошнота и др.

Следующие особенности присущи **соматоформным психическим проявлениям** в структуре шизотипических расстройств.

1. Появление чаще в начале непрерывно текущего заболевания.

2. Относительная непродолжительность и быстрое «отягощение» и «перекрывание» соматоформных жалоб другими психическими расстройствами, составляющими с ними феноменологический континуум, а именно — паническими атаками и обсессивно-фобическими проявлениями.

3. Проявление в виде «полисимптоматики», которая характеризуется вычурностью, необычностью, непрерывной сменой локализации, сближаясь по своим проявлениям с «иллюзиями общего чувства» (Эглитис И. Р., 1977).

4. Представленность (помимо соматовегетативных нарушений) идиопатических алгий (т. е. — сенестоалгий), которые:

а) имеют четкую проекцию по отношению к определенным анатомическим образованиям;

б) по своей мучительности превышают боли, которые больной испытывал в прошлом (травма, родовые схватки, экстракция зубов);

в) относительно изолированы и очень стойки;

г) усиливаются не только вслед за соматогенными влияниями (интеркуррентное заболевание, физическое напряжение), но сопровождают даже физиологические процессы и постепенно приобретают особую индивидуальность, «вытесняя» конкурирующие ощущения и представления, становясь «центром притяжения» всей психической жизни.

В дальнейшем сенестопатии приобретают хроническое течение, не связаны с паническими атаками, становятся менее выраженными, более простыми, конкретными, нередко напоминают парестезии и невыраженные болевые ощущения при общесоматической патологии, но «перекрываются» и «затушевываются» появлением другой непсихотической симптоматики.

Таким образом, соматоформная симптоматика появляется лишь в начале заболевания, чаще в виде «полисимптоматики», характеризуется включением алгических (сенестопатических) компонентов, а также быстрым «перекрыванием» другими явлениями невротического регистра.

Нельзя забывать, что в части случаев невротических и психопатоподобные явления представляют собой дебют процессуальной шизофрении и со временем могут «обрасти» симптоматикой психотического уровня, что делает правомочным ретроспективно рассматривать такие состояния вне рамок шизотипических расстройств, как непсихотический этап психотических форм заболеваний шизофренического спектра.

ГЛАВА 2

ПОЗИТИВНЫЕ (НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ) ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ

Позитивные (неврозоподобные) симптомокомплексы в структуре шизотипических расстройств представлены широким спектром неврозоподобных симптомов, отличающихся от проявлений невротических состояний.

Известно, что «пусковым механизмом» *невротических состояний* (как самостоятельных психопатологических феноменов у преморбидно психически здоровых лиц или как декомпенсаций имеющихся личностных расстройств) бывают как внешние — психогении, так и внутренние факторы — возрастные кризы, менструальный цикл, беременность, роды, инволюция, эндокринная перестройка и др. Однако, как считал П. Б. Ганнушкин, они все-таки связаны больше с внешними (психогенными) причинами, нежели с биологическими закономерностями. Многие другие авторы также подчеркивают их неаутохтонный характер и возникновение под влиянием особенностей системы воспитания и различных психодинамических факторов.

Следует отметить, что неврозоподобная симптоматика может быть представлена и в структуре психотической шизофрении. Так, М. Y. Hwang и I. A. Opler (1994), анализируя клиническую картину тревожно-фобических/обсессивно-компульсивных расстройств в структуре психотической шизофрении, выделили 3 основных варианта их сочетания.

При первом варианте течения психотической шизофрении наблюдается последовательное развитие неврозоподобной симптоматики, которое во многом из-за особенностей течения процессуального заболевания остается вне зоны исследовательского интереса; при этом слабокурабельные неврозоподобные расстройства, существовавшие в течение длительного времени, предшествуют последующим психотическим проявлениям заболевания. В этом случае неврозоподобная симптоматика претерпевает соответствующую трансформацию и в последующем однозначно идентифицируется в качестве, например, бредовых нарушений, содержательная часть которых является своеобразным измененным «отголоском» неврозоподобных расстройств, возникших на доманифестном этапе.

При втором и третьем вариантах течения психотической шизофрении, которым посвящено большинство исследований, неврозоподобные (тревно-фобические/ обсессивно-компульсивные) расстройства «наслаиваются» на симптомы шизофрении. В этом случае наблюдаются традиционные манифестные развернутые психотические состояния с «коморбидными» нарушениями непсихотического уровня. При этом **второй вариант течения** (совместное персистирование) характеризуется одновременным сосуществованием симптомов шизофрении

и непсихотических (обсессивно-компульсивных) расстройств на всем протяжении заболевания. **Характерной для третьего (автономного) варианта** динамики является независимость эволюций непсихотической и психотической симптоматики.

Обнаруживаемое при втором и третьем вариантах течения шизофрении сочетание непсихотической и психотической симптоматики, нуждается, как представляется, в дифференциальном рассмотрении психопатологических феноменов; при наличии невротических симптомов, представляющих собой психогенную реакцию на психотравмирующую ситуацию, характер которой и клиническое содержание определяются теми или иными особенностями личности, речь идет действительно о коморбидности, в то время как при неврозоподобных проявлениях заболевания — о псевдокоморбидности, за фасадом которой скрывается симптоматика различной глубины выраженности аутохтонного расстройства. Неврозоподобная симптоматика, в отличие от невротических проявлений, возникает на разных этапах течения процессуального заболевания спонтанно: во всех случаях она неадекватна имеющимся фрустрирующим переживаниям и в этом смысле не является ситуационно обусловленной реакцией. Кроме того, клиническое **содержание** неврозоподобных расстройств и их оформление, как правило, не соответствует ни содержанию психотравмирующей ситуации, ни присущим больным личностным особенностям (Незнанов Н. Г., 2010).

В отличие от вышеперечисленных вариантов сочетания непсихотической симптоматики с психотическими проявлениями шизофрении, при шизотипических психических расстройствах структура заболевания определяется доминированием неврозоподобных симптомов (представленных широким спектром психопатологических проявлений) на всем протяжении заболевания (F-21.3). Это обстоятельство позволяет выделить несколько неврозоподобных феноменов, а именно: обсессивно-фобический, дисморфофобический, небредовой ипохондрический, конверсионно-диссоциативный, деперсонализационно-дереализационный, псевдоастенический.

1. Обсессивно-фобический синдром

Специфика навязчивой симптоматики заключается в психологической реакции неприятия индивидуумом однотипного повторения симптома. В связи с этим, во-первых, формируется хотя бы временное критическое отношение к болезненному феномену как неадекватному, произвольному и слабо контролируемому, и, во-вторых, существует возможность эмоционального неприятия симптома личностью (Циркин С. Ю., 2012).

Для обозначения обсессивно-компульсивной симптоматики в структуре расстройств шизофренического спектра предложен ряд терминов: «обсессивно-компульсивное или шизообсессивное расстройство», «шизопаническое расстройство», «шизофобическое расстройство или шизофрения с тревожно-фобическим расстройством» и др. (Zohar J., 1977;

Insel T. R., Akiskal H. S., 1986; Hwang M. Y., Opler I. A., 1994; Bermanzohn P. C., Porto L., Siris S. G. [et al.], 2001).

Среди расстройств шизофренического спектра обсессивно-компульсивная симптоматика — не только одна из наиболее распространенных, но и трудно поддающихся лечению. Несмотря на большое число научных публикаций и многообразие подходов, проблема квалификации и лечения этой патологии в настоящее время далека от разрешения.

Обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические симптомы регистрируется примерно у 76—85% пациентов с диагнозом «шизофрения» (Bilard C., Newman S. C., Orn H., 1987; Bermanzohn P. C., Porto L., Siris S. G. [et al.], 2000), в связи с чем многие исследователи рассматривают эти расстройства в качестве «ассоциированных» психопатологических синдромов.

Однако существует и иная точка зрения, согласно которой обсессивные расстройства могут входить в широкий круг бредовых нарушений, компульсивное поведение — расцениваться как симптомы кататонии, пароксизмальная паника и фобии — отнесены на счет психотической тревоги и возбуждения, а избегающее поведение — интерпретироваться в ряду негативных изменений (Berman I., Kalinowski A., Berman S. M. [et al.], 1995). В этом случае обсессивные симптомы считается возможным охарактеризовать как гомологически сходные аналоги или в некотором роде «малые эквиваленты» нарушений психотического регистра».

Наконец, существует точка зрения (Zohar J., 1997), согласно которой обсессивные симптомы рассматриваются в рамках самостоятельных расстройств шизофренического спектра с собственным «невротическим манифестом» и специфической клинической картиной заболевания, ограничивающегося непсихотическими рамками и сходного «с эндогенным процессом лишь в отношении постепенного формирования изменений негативного круга, тесно переплетенных с продуктивной шизообсессивной симптоматикой на отдаленных этапах течения, которое, чаще всего, может быть определено как непрерывное» (Захарова К. В., Ястребов Д. В., 2013).

Таким образом, несмотря на то, что аспекты психопатологии шизофренических расстройств с обсессивно-компульсивными включениями достаточно полно освещались в многочисленных публикациях как отечественных (Наджаров Р. А., 1956; Завидовская Г. И., 1971; Снежневский А. В., 1983; Смулевич А. Б., 1987; Диденко А. В., 1999; Финк Г. Ф., 2001; Колюцкая Е. В., 2001), так и зарубежных (Insel T., Akiskal H., 1986; Berman I., Kalinowski A., Berman S., 1995; Yaryura-Tobias T., 1997; O'Dwyer A., Marks J., 2000; Craig T., Hwang Y., Bromet J., 2002; Lysaker P., Bryson G., Marks K., 2002; Nechmad A., Ratzoni C., Poyurovsky M., 2003) авторов, до настоящего времени не существует единой точки зрения относительно роли обсессивно-компульсивной симптоматики при расстройствах шизофренического спектра.

Одни исследователи, рассматривающие навязчивости в рамках псевдоневротической формы шизофрении (Наджаров Р. А., 1956; Снежневский А. В., 1983), склоняются к мнению, что появление навязчивостей в клинической картине процессуального заболевания свидетельствует об относительно благоприятном его течении. Другие же, напротив, считают, что появление в шизофреническом процессе обсессивно-компульсивной симптоматики является наиболее информативным показателем непрерывного течения и предиктором неблагоприятного прогноза (Мазо Г. Э., 2005; Fenton W. S, McGlashan T. H., 1986; Skoog G., Skoog I., 1999; Lysaker P., Bryson G., Marks K., 2002; Nechmad A., Ratzoni C., Pouurovsky M., 2003)

Ряд авторов (Озерецковский Д. С., 1950; Головань Л. И., 1965; Завидовская Г. И., 1971; Rasmussen S., Eisen J., 1994; Craig T., Hwang Y., Bromet J., 2002) считает, что структура обсессивно-компульсивных расстройств имеет решающее значение в плане стереотипа развития и прогноза заболевания. Так, если в структуре навязчивых состояний преобладают фобии, то чаще наблюдается тенденция к «стабильному» течению процесса с малой прогрессивностью и медленным нарастанием дефицитарной симптоматики, а обилие ритуалов обычно предшествует неблагоприятному течению.

Обсессивно-фобической симптоматике в рамках шизотипических расстройств, представленной широким кругом шизообсессивных нарушений, посвящены многие работы отечественных авторов, выполненных в последние годы (Дороженко И. Ю., 1999; Ястребов Д. В., 1999; Волель Б. А., 2003; Ястребов Д. В., 2012б). Однако вопросы дифференциально-диагностических критериев этих состояний при шизотипическом и собственно невротическом (вне шизофренического спектра) заболевании остаются предметом дискуссий.

В большинстве работ проводится четкое разграничение тревожно-фобических и обсессивных синдромов как основного клинического проявления соответствующего варианта аутохтонного процесса с выделением «шизообсессивного» или «шизопанического/шизофобического» вариантов. В связи с этим можно выделить два варианта обсессивно-фобических расстройств:

а) фобический: «шизопаническое расстройство», «шизофобическое расстройство», «тревожно-фобическое расстройство»;

б) обсессивный: «обсессивно-компульсивное расстройство при шизофрении», «шизообсессивное расстройство».

Фобический вариант

В преморбиде такие подростки ничем не отличаются от своих сверстников или описываются как пассивные шизоиды, которым присущи бедность внутреннего мира, подчиняемость и равнодушие к близким.

Фобии при шизотипических расстройствах редко оказываются изолированными, ограниченными строго определенными ситуациями (страх

высоты, грозы, темноты, полета в самолетах, закрытых или открытых пространств, большого скопления народа, необходимости посещения общественных туалетов, определенной пищи или заболевания, лечения у зубного врача, вида крови или повреждений, страх возникновения страха — фобофобия). Такого рода изолированные фобии обычно появляются в детстве или молодом возрасте и могут сохраняться десятилетиями.

В целом изолированные фобии, имеющиеся у больных шизотипическими расстройствами, практически неотличимы от таковых при невротических состояниях, но, в отличие от них, не обнаруживают тенденции к колебаниям интенсивности (в противоположность невротически обусловленной агорафобии). Кроме того, изолированные фобии быстро «обрастают» другими психопатологическими феноменами и в значительной степени «перекрываются» ими.

В структуре шизотипических расстройств превалируют псевдоневротические фобии, которые могут быть объединены фактором безопасности (Гомозова А. К., 2010), т. е. фобии, нацеленные на то, чтобы «оградить» себя или близких от различного рода опасностей.

1. Чаще всего среди псевдоневротических фобий встречается **агорафобия** со сложной системой защитных ритуалов: боязнь открытого пространства, перехода улиц, площадей. Кроме того, вопреки первоначальному смыслу этого термина, эта патология включает целый ряд сходных фобий — клаустрофобию, фобию самостоятельного пользования общественным транспортом, толпы или любого скопления людей и других ситуаций, затрудняющих возможность вернуться в безопасное место (что в совокупности определяется как фобии положения). Агорафобию могут сопровождать псевдопсихопатические расстройства.

2. Среди других псевдоневротических фобий существенная роль принадлежит **нозофобии**. При нозофобии имеется страх заболеть серьезным заболеванием самому или кому то из близких, т. е. — страх ипохондрического содержания (страх за жизнь и здоровье). Обычными объектами ипохондрических фобий являются рак, венерические инфекции и СПИД. Предположения о наличии у себя тяжелого неизлечимого заболевания ведет к неоднократным обследованиям у различных специалистов, а также к ощупыванию себя с навязчивым стремлением возобновить «исследование» тех участков тела, где могла развиваться предполагаемая опухоль.

У некоторых больных на первое место выходят obsessions религиозного содержания, связанные со страхом наказания за «грехи». Однако и в этом случае часто речь идет о сверхценной ипохондрии, так как «наказанием за грехи» должно служить какое-либо серьезное заболевание. Таким образом, ипохондрический радикал лежит в основе и этих, на первый взгляд религиозных, фобий.

Можно отметить также наличие в клинической картине нозофобий элементов сенсоипохондриии (по К. Леонгарду, 1981), представленной

преимущественно сенестопатиями (гетерономными телесными ощущениями, т. е. ощущениями, чужеродными по отношению к нормальному восприятию собственного тела).

3. Выделяется также **страх внешней («экстракорпоральной») угрозы**, к которому относится **мизофобия и социофобия**.

Мизофобия (боязнь загрязнения) характеризуется страхом загрязнения и заражения различными патогенными агентами, способными нарушить физическое здоровье и социальное функционирование: химическими веществами (стиральные порошки, средства для мытья посуды), мелкими предметами (осколки стекла, иголки, «особые» виды пыли, грязи), неопределенной бактериальной флорой, ядовитыми веществами, различными опасными субстанциями (асбест, радиоактивное излучение и др.).

Следует отметить, что преобладают не столько тревожные опасения заболеть определенной болезнью, как при нозофобиях, сколько страх заболеть «вообще микробами», «глистами», «какой-либо инфекционной болезнью», а также беспокойство, что «разовьется сепсис», «попадут в организм занозы ржавчины». Однако дальнейшей разработки, чем могут грозить «микробы», «глисты», «пыль», «грязь» — не наблюдается.

При генерализации мизофобии, особенно на начальных этапах, возможно фрагментарное включение изолированных специфических фобий, тесно связанных с доминирующей фабулой в виде страхов острых предметов (оксифобия), уколов, еды (из-за страха случайно проглотить «микробы», «случайно заразиться»), а также ситуационно спровоцированных панических атак, патологических сомнений «обыденного» содержания, единичных хульных мыслей. Мизофобию могут сопровождать сенестопатии.

Социофобии (социальные фобии) (лат. *Socio* — общество; греч. *Phobo* — страх) — навязчивый страх «потерять лицо», оказаться в центре внимания и/или вызвать у людей негативное отношение к себе (насмешку, неодобрение, гнев и пр.).

Основным признаком является страх испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций (общения, публичных выступлений, приема пищи или выполнения какой-либо деятельности на людях). Социофобии могут проявляться жалобами на покраснение лица (эрейтофобия), тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию/дефекации, при этом иногда пациент убежден, что одно из этих вторичных выражений его тревоги является основной проблемой; симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак.

Социофобии появляются в школьном возрасте и вначале принимают форму страха конкретных ситуаций (страх отвечать устный урок перед всем классом, завести личное знакомство, страх еды на людях, публичных выступлений или встреч с противоположным полом).

К пубертатному возрасту страх уже возникает в любых ситуациях, связанных с необходимостью появляться на людях («генерализованная

социальная фобия» по М. R. Liebovitz, D. F. Klein, 1981) и касается или предполагаемого психического недостатка («не смогу правильно ответить на неожиданный вопрос», окружающие заметят особенности «неадекватного» поведения), или мнимого физического недостатка («впалая грудь», «трясущиеся» руки).

Социальные фобии нередко сопровождаются нестойкими сенситивными идеями отношения (пациент «замечает» неодобрение, недоброжелательность во взглядах и поведении окружающих) и бредоподобными фантазиями.

4. Возможна трансформация отдельных фобий (страх передвижения на транспорте или страх открытых пространств) в **панагорафобию**, включающую почти все социальные ситуации вне семейного круга, когда избегающее поведение не только ограничивает передвижение, но и распространяется на любые ситуации, в которых больной может оказаться без помощи. При этом идеаторное содержание страхов может быть весьма неопределенным или случайным. В результате в крайних случаях это может привести к почти полной социальной изоляции, что позволяет рассматривать такие состояния как пограничные с субпсихотическими проявлениями заболевания.

Псевдоневротические фобии быстро «обрастают» навязчивостями и сопровождаются защитными действиями. Формируется система ритуалов, которая у части больных на определенном этапе сопровождается проявлениями компульсивности (чувства насильственности и мучительной борьбы мотивов). Со временем усилия по борьбе с собственными ритуалами ослабевают и прекращаются, в то время как формируются четкие концепции (при мизо- и нозофобиях) о путях распространения патогенных субстанций и мерах борьбы с ними (Павличенко А. В., 2007).

Быстро возникают также реакции избегания (Chambless D., 1989). Фобическое избегание касается «опасных для заражения ситуаций» (при мизофобии) или контактов со всеми незнакомыми людьми (при социофобии). Уклоняясь от потенциальной опасности, пациенты бросают работу или учебу, месяцами не выходят из дома, изолируются даже от ближайших родственников и чувствуют себя в относительной безопасности лишь в пределах собственной комнаты.

Нередко фобии отягощаются наличием деперсонализационных расстройств, преимущественно в виде аутопсихической и аллопсихической деперсонализации. При аутопсихической деперсонализации возникает феномен контрастности (появление фобий, противоречащих морально-этическим установкам пациентов) и быстрое обрастание страхов навязчивостями. Гораздо реже встречается соматопсихическая деперсонализация.

Актуальность фобий со временем падает, они становятся недостаточно отчетливыми и на передний план выступают защитные меры, которые принимают характер обсессивных влечений. Разнообразные ритуалы,

направленные на «ограждение» и «очищение», быстро усложняются и превращаются в длящиеся часами манипуляции с тщательной обработкой или даже дезинфекцией одежды, соприкасающейся с «загрязненными» предметами, рук, тела, жилья. Например, опирающийся на логическое размышление страх загрязнения почти забывается, но больной испытывает по существу навязчивое влечение мыть руки по каждому поводу и самым тщательным образом, из-за чего сам испытывает неудобства и хотел бы от этого избавиться (Циркин С. В., 2012).

Постепенно ритуалы занимают ведущее положение в клинической картине, приобретают все более вычурный характер, целиком определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

На отдаленных этапах болезни ритуалы представляют собой набор привычных действий, которые обеспечивают поддержание установившегося жизненного уклада и которым подчиняется жизнь больного и его ближайшего окружения.

Обсессивный вариант.

Все навязчивости можно условно разделить на три группы.

1. К первой группе obsessions относятся *идеаторные навязчивости* в виде навязчивого мудрствования, навязчивых воспоминаний и сомнений. Ключевым расстройством является тягостное ощущение безотчетной тревоги, напряженности, «неловкости», «зажатости», стеснения и неспособности к полноценному функционированию, что мешает интеллектуальной деятельности и детерминирует навязчивое «перемалывание» обыденных вопросов или событий. От автоматизмов эти навязчивости отличает отсутствие ощущения «сделанности», несмотря на насильственный характер, а от бреда — критическое отношение к ним самого пациента.

С точки зрения А. К. Гомозовой (2010), такого рода obsessions формируются вследствие неудовлетворенности потребности в сохранении и утверждении собственного «Я», его постоянстве, полноценности осуществления своих жизненных планов и фантазий.

Конкретными проявлениями obsessions являются следующие феномены.

- ***Отвлеченные навязчивости*** (Снежневский А. В., 1983) **или «отвлеченные obsessions»** (Соболевский С. В., 2006) **по типу бесплодного навязчивого мудрствования** (многократное обращение к бесполезным или неразрешимым вопросам, неотвязные попытки рассуждать, заново раскрывать смысл того или иного понятия или выражения, этимологию термина, навязчивое «прокручивание» в голове предстоящих событий и своих планируемых действий, навязчивые попытки структурировать ход своих мысленных рассуждений по поводу каких-либо житейских проблем), ощущение необходимости найти ответ на неразрешимый вопрос, «умственная жвачка» без внутреннего сопротивления. Больные жалуются на

бессмысленность своих раздумий. При минимизации навязчивого компонента они напоминают проявления «метафизической интоксикации» (чрезмерная увлеченность рассуждением при одновременной поверхностности и непродуктивности философских занятий и наличии признаков когнитивного дефицита) и со временем могут рассматриваться в структуре этого варианта заболевания.

- Отвлеченные навязчивости *по типу экзистенциальных страхов*, с чем связано навязчивое воспоминание о событиях, терминах, формулировках и т.п., несмотря на их нейтральное содержание.
- **Навязчивые (психастенические) сомнения** или представления, базирующиеся на утрате чувства уверенности в правильности выполнения ими каких-то действий, которые касаются:
 - 1) предстоящих действий обыденного содержания (навязчивости превентивного контроля — «тревога вперед», «загадывания» на удачу);
 - 2) завершенных в прошлом, законченных действий обыденного содержания, которые выражаются в виде сомнений относительно полноты уже свершившихся действий (тревога назад).

В первом случае больные боятся потерять контроль и причинить вред себе или кому-то *в будущем*, что возникает на фоне непроизвольного (и не всегда ясно осознаваемого) желания (разновидность агрессивного или аутоагрессивного влечения). При этом повторяющиеся навязчивые мысли, предположения, сомнения и представления о будущих событиях и своего участия в них, как правило, неприятны больному. Навязчивые мысли имеют характер незавершенности мыслительного процесса, при отвлечении внимания больные вынуждены «прокручивать» все с самого начала. Иногда для того, чтобы избавиться от неприятных навязчивых сомнений и представлений, больные прибегают к борьбе, заключающейся в повторении противоположных мыслей и представлений. В ряде случаев, чтобы облегчить длительный мучительный период «повторного контроля» (проверок и, из-за их неэффективности, перепроверок), больные просят близких произносить фразы, помогающие избавиться от мысленных повторяющихся сомнений, неприятных навязчивых представлений. Осознание неправомерности своих сомнений позволяет им иногда довольствоваться формальными проверками, имеющими условный характер (например, выполнение какого-либо действия пять раз). Дальнейшее развитие обсессивно-компульсивных расстройств имеет тенденцию к генерализации и доходит до амбивалентности и амбитентности (патологические обсессивные сомнения).

Во втором случае первичной оказывается неуверенность, в силу которой больные опасаются, что ими будто бы был причинен ущерб (не по злому умыслу) *в прошлом*. Это сопровождается ритуалами и перепроверками

(обсессии повторного контроля; Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., Иванов С. В., Андреев А. М., 1998) с целью убедиться в беспочвенности навязчивых опасений, также доходящих до амбивалентности и амбитендентности.

2. Вторая группа obsessions может быть обозначена как *моторные навязчивости*. Прежде всего, в этом случае речь идет о навязчивостях незавершенности действия (Гомозова А. К., 2010), когда на первый план выступают ритуалы в форме «моторного перфекционизма». Проявления «моторного перфекционизма» эгосинтонны, субъективно расцениваются как особенности характера, но клинически представляют собой сложные, необычные, вычурные привычки, весьма напоминающие заклинания.

Клиническая картина этих obsessions отражает одно из основных ключевых переживаний при obsessivno-компульсивных расстройствах — тягостное чувство «незавершенности» действия или физиологической функции, из-за чего они становятся чрезвычайно продолжительными.

Как показывает анализ указанных расстройств, они тесно связаны с нарушениями регуляции поведения по механизмам обратной связи, поэтому такого рода навязчивости напоминают психастенические переживания. Они обычно провоцируют у пациентов тревогу, побуждая их к компульсивному воспроизведению соответствующего действия и возникновению ритуалов повторения. Компульсивное расстройство проявляется многократными повторениями совершаемых в определенной последовательности действий, представляющих рутинные бытовые операции (гигиенические процедуры, смена одежды, нанесение макияжа и др.).

С этим же ключевым переживанием «незавершенности» часто сочетаются компульсивный счет (навязчивый счет), а также obsessions и компульсии порядка и симметрии: особого, подчас многочасового церемониала, имеющего конечной целью удовлетворенность правильной последовательностью действий, расположением предметов на письменном столе или книжной полке с соблюдением полной симметрии (по цвету или размеру печатных изданий, дисков и пр.).

Кроме навязчивостей повторного действия, в этой же группе рассматривают и компульсии, характеризующиеся непреодолимо-навязчивым влечением к деятельности, которая в целом находится в русле обычных интересов больного, однако в связи с интенсивностью и продолжительностью их реализации воспринимаются пациентом как «занятия чепухой, не делать которую не могу, равно как не могу остановиться, когда ею занимаюсь».

В этом же контексте рассматриваются и двигательные акты (прикосновение, поглаживание, вращение вокруг себя), лишённые смыслового содержания, но, в отличие от кататонических феноменов, характеризующиеся наличием элементов борьбы с параллельным нарастанием недовольства и напряжения, а после совершения моторной навязчивости — переживанием раскаяния.

3. Третья группа obsessions связана с *феноменом контрастности* (контрастные obsessions, навязчивые хульные мысли, овладевающие представления, овладевающие желания) и может быть названа навязчивостями запретных побуждений (Гомозова А. К., 2010).

Obsessions контрастного содержания — это неприемлемые с моральной точки зрения идеи, представления или образы, которые против воли всплывают в сознании больных, вызывая у них чувство вины и страх того, что они могут совершить эти деяния. Подобные переживания возникают и в случае сексуальных obsessions. Таким образом, контрастные obsessions связаны с запретными агрессивными побуждениями и сильными чувствами, над которыми пациенты безуспешно пытаются установить контроль, что приводит к частому формированию «реакций избегания».

Конкретными проявлениями контрастных навязчивостей являются следующие феномены:

- **Суицидофобии** (страх самоубийства) и **гомицидофобии** (страх убийства), когда пациенты боятся, что они «могут стать сумасшедшими» (лиссофобия), потерять контроль над собой и совершить аутодеструктивные действия (броситься под поезд, повеситься, выпрыгнуть из окна) и/или противоправные действия, направленные на ближайшее окружение (толкнуть под поезд близкого человека, убить жену или ребенка — ударить ножом, выбросить с балкона). Больные при этом мучительно опасаются, что то или иное действие будет реализовано. Эти страхи сопровождаются **танатофобией** (страх смерти), выраженной тревогой и попытками активного саморазубеждения, отвлечения внимания от содержания фобий.
- **Навязчивые хульные мысли**, отражающие агрессивные влечения: сопровождаемые опасением потерять контроль над собой и совершить какие-либо действия (например, выкрикнуть ругательство), соответствующие содержанию этих переживаний. В этом случае obsessions представлены циничными кощунственными мыслями преимущественно религиозного содержания: оскорбления в адрес объекта поклонения и священнослужителей, восхваление дьявола. В некоторых случаях наблюдается проговаривание молитв с навязчивым желанием вставлять слова противоположного, богохульного значения. Нередко подобные мысли возникают у пациентов ассоциированно при виде предметов религиозного культа или церковной утвари. При этом obsessions не только мешают молиться, но и зачастую полностью замещают выполнение церковного ритуала. Иногда циничные, «стыдные» мысли появляются по отношению к близким людям и сопровождаются чувством вины и/или ничем не оправданной и отгоняемой от себя антипатией к родному человеку.

- **Контрастные сомнения** в совершении в прошлом насилия или убийства, или возможности совершения его в будущем, назойливо возникающие вопреки логике и разуму. Навязчивые опасения при этом типе контрастных obsessions адресуются к незнакомым, преимущественно случайно встреченным людям. Больные опасаются, что могли стать виновниками ДТП, сбить пешехода; сломав стул или разбив стекло — стать причиной чей-либо травмы; будучи свидетелями несчастного случая — не оказать помощь и таким образом погубить человека. Осознавая нелепость своих опасений, пациенты не могут избавиться от навязчивых мыслей, относящихся к целесообразности уже совершенных, а при нарастании остроты состояния — и планируемых в будущем поступков. Навязчивые сомнения сопровождаются антагонистическими, достигающими уровня амбивалентности, тенденциями.
- **Контрастные кошмарные овладевающие образные представления** (Glatzel J., 1973) (сексуальные, криминальные или аутодеструктивные по содержанию визуализированные представления): могут выступать в качестве самостоятельных феноменов, но, как правило, сопровождают контрастные obsessions и навязчивые хульные мысли — всплывающие в сознании помимо воли яркие образные трагические сцены, в которых «реализуются» контрастные obsessions и хульные мысли. Больные ярко «видят» результат якобы реализованного навязчивого влечения в виде жестокого поступка. Помимо воли они красочно представляют, как наносят ножевые ранения, выпрыгивают в окно, убивают ребенка либо кого-нибудь из членов семьи. Могут иметь место также навязчивые «овладевающие» представления в виде неправдоподобных, абсурдных ситуаций, которые больные воспринимают как действительные. Примером может служить навязчивое представление, что похороненный родственник был живым, причем больной мучительно представляет и переживает муки умершего в могиле. Иногда возникают также яркие представления о собственных пораженных внутренних органах тела, несчастиях с родными. Образные представления сопровождаются выраженной тревогой, попытками активного саморазубеждения, отвлечения внимания.
- **Контрастные овладевающие желания:** могут выступать в качестве самостоятельных феноменов, но, как правило, сопровождают контрастные obsessions и хульные мысли и выражаются в появлении желаний и влечений к совершению того или иного жестокого или крайне опасного действия. Эти явления, возникающие пароксизмально, вопреки разуму, воле, эмоциям и

носящие абсолютно немотивированный, отвлеченный или метафорический по содержанию характер, сопровождаются ощущением ужаса, смятения с невозможностью освободиться от них и вызывают у пациента страх реализации этих влечений.

В отношении навязчивостей третьей группы следует отметить следующее. При контрастных obsessions и хульных мыслях быстро формируется **избегающее поведение** (Стась С. Ю., 2007) и появляются **защитные действия**, направленные на предотвращение возможности совершения антисоциальных либо аутоагрессивных поступков. Из обихода исключаются возможные орудия самоубийства или убийства, ограничиваются контакты с потенциальными жертвами, требуется постоянное присутствие третьих лиц, способных предотвратить возможность опасных поступков.

Резюмируя характер всех навязчивостей, возникающих в структуре шизотипического расстройства, можно выделить несколько особенностей.

1. Медленное, неяркое их первоначальное развитие с тенденцией навязчивостей к «систематизации» (Смулевич А. Б., 1999), группировке вокруг первичной obsessions множественных вторичных навязчивостей. При этом, как отмечает С. В. Соболевский (2006), при шизотипическом расстройстве навязчивости наблюдались чаще на всем протяжении заболевания, определяя тяжесть клинической картины, являлись ведущим синдромом, в то время как obsessive-compulsive нарушения при психотической шизофрении появлялись на непродолжительное время в инициальном периоде заболевания и редко играли ведущую роль в клинической картине.

2. Появление монотонных, инертных, вычурных и нелепых защитных ритуалов, их метафизичность (абстрактность). Компulsive расстройства постепенно замещаются моторными (кататоническими) стереотипиями и сопровождаются в части случаев самоповреждающим поведением (покусывание рук, расчесывание кожи, перетягивание горла). Больные вынуждены повторно выполнять одни и те же операции (строго симметрично располагать предметы на письменном столе, по много раз перекрывать водопроводный кран, мыть руки, хлопнуть дверью лифта и т. п.). Эти ритуалы больной может выполнять, не стесняясь посторонних и крайне озлобляясь, если ему в этом препятствуют. Например, войдя в комнату, где находятся незнакомые ему люди, больной, не обращая на них внимания, дотрагивается рукой до ножек стульев, столов, дивана и лишь затем садится и вступает в беседу. Такого рода ритуалы, постепенно занимающие ведущее положение в клинической картине, целиком определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

3. При этих навязчивостях, в отличие от невротических, тщательный психогенетический анализ по В. Н. Мясищеву (1960), как правило, не позволяет выявить психогенные факторы, лежащие в их основе, а сами навязчивости могут проявляться в виде нелепых абстрактных систем —

числовых, геометрических, буквенных. Возможно, что психогенный фактор в генезе навязчивостей при невротоподобной форме мог присутствовать, но его значимость давно утрачена, сам он не только амнезироваан, как может быть при неврозах, но и заслонен последующими заумными символическими построениями.

4. В отличие от obsessions при неврозах, они быстро лишаются эмоционального компонента, приобретают черты инертности и однообразия — их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности. В результате навязчивые опасения перестают сопровождаться соответствующими их содержанию эмоциями, хотя при этом и не переходят в лишённые всякого намека на навязчивость сверхценные или бредовые идеи.

Иными словами, дифференциально-диагностической особенностью obsessive-phobic disorders является наличие в клинической картине изменений, сходных с негативными. К ним относятся: отсутствие элементов борьбы и преодолевающего поведения с формированием выраженного ограничения активности, аутизации и тотального избегания, а также необратимый стереотипный, монотонный и ригидный характер невротической симптоматики и ее усложнение за счет появления обширной системы ритуалов с замысловатой и не всегда объяснимой мотивацией.

5. В ряде случаев — быстрое формирование полиморфных obsessions (Соболевский С. В., 2006).

6. Наличие связи расстройств при obsessive-phobic syndrome с психопатоподобными состояниями. Так, реакции избегания проявляются в виде эксплозивных вспышек по отношению к ближайшим родственникам, эгоцентризма, манипулятивности. В этом случае все попытки родных изменить набор привычных действий, которые воспринимаются пациентами как единственно комфортные, приводят к взрыву раздражения, угрозам или агрессии. При obsessions «повторного контроля» наблюдается усиление психастеноподобных расстройств: склонность к сомнениям, возникающим по любому поводу, послушное подчинение родственникам, ограничение деятельности выполнением лишь элементарных домашних обязанностей.

7. Присутствие у obsessive больных голотимного аффекта (связанного с содержанием obsessive-phobic переживаний), суточных колебаний настроения или ангедонии (негативной аффективности по систематике А. Б. Смулевича [и др.], 1976), сменяющихся кратковременными гипоманиакальными эпизодами.

8. Появление (чаще в инциденте заболевания) соматоформных психических расстройств сразу в виде «полисимптоматики» и относительно быстрое их обрастание и «перекрывание» другими психопатологическими феноменами.

Кроме того, следует отметить более выраженное нарушение социального функционирования этих пациентов (Poyurovsky M. [et al.], 2001), а также повышенный риск совершения суицидальных попыток (Sevincok L.

[et al.], 2007) по сравнению с этими показателями у больных с психотической шизофренией.

При дальнейшем течении обсессивных шизотипических расстройств состояние пациентов характеризуется проявлениями несомненной аутохтонности процесса.

1. Происходит трансформация навязчивостей:

- Они быстро утрачивают прежнюю аффективную окраску, приобретая черты инертности и однообразия. В результате навязчивости на поздних этапах сближаются с моторными стереотипиями и сопровождаются в части случаев самоповреждающим поведением.
- Их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности.
- Двигательные ритуалы символического характера нередко замещаются или сосуществуют вместе с вербальными ритуалами (повторение определенных слов, песен, навязчивый счет).

2. Постепенно при шизотипических расстройствах появляются негативные расстройства, в структуре которых необходимо особенно подчеркнуть признаки астенического дефекта (проявления шизоастении (Еу Н., 1955) с нарастанием отгороженности, аутизации личностных установок и недостаточной мотивированности эмоционального реагирования, личностных расстройств тревожного типа, склонности к самоанализу, рефлексии, реактивной лабильности при одновременно имеющихся элементах амбивалентности и снижении критичности мышления. Такая динамика является одним из важных свидетельств аутохтонности психического расстройства, клиническим содержанием которого являются фобические и обсессивные проявления.

Эти особенности обсессивных нарушений при шизотипических расстройствах отличают их от навязчивостей при аллохтонных (неаутохтонных) непсихотических состояниях (психопатиях или различных форм психопатологического диатеза).

2. Дисморфофобический синдром

Достаточно часто этот синдром, родственный, по мнению К. Phillips, А. Pinto, W. Menard [et al.] (2007), хотя и не идентичный обсессивно-компульсивным расстройствам, начинается с небредовых дисморфофобических проявлений, которые на этом этапе носят характер навязчивых, доминирующих или сверхценных идей мнимой либо преувеличенной физической неполноценности (излишней полноты) или уродства в связи с анатомическим дефектом (форма и/или размер носа, ушей, губ, рост, вес тела и т.п.), либо нарушением физиологических функций (наличие запаха пота, кишечных газов и т.п.), производящих отталкивающее впечатление на окружающих.

В целом при дисморфофобическом синдроме отмечается сочетание клинической картины с другими психопатологическими расстройствами:

психастенического круга (самокопания, неуверенность, появление сомнений и т.п.), выраженной ауто- и соматопсихической деперсонализацией, вычурными навязчивостями, сенестопатиями, ипохондрическими нарушениями, аффективными проявлениями.

В зависимости от превалирования той или иной составляющей дисморфофобического синдрома выделяются два его варианта: деперсонализационно-дисморфофобический и аффективно-дисморфофобический.

Деперсонализационно-дисморфофобический вариант

Этот вариант наиболее характерный для шизотипических расстройств. Дисморфофобические идеи касаются убежденности в собственной внешней уродливости, которая находится в тесной связи с ощущением утраты своих чувств, неполноты восприятия собственной личности, отсутствии эмоционального сопровождения двигательных актов. Действия больных воспринимаются ими «как бы автоматическими», лишенными прошлой произвольности, неестественными и наигранными.

Таким образом, дисморфофобические расстройства, тесно переплетаясь с явлениями аутопсихической и соматопсихической деперсонализации, образуют сложный психопатологический комплекс расстройств. Больные не узнают себя в зеркале, лицо кажется чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением. Наряду с этим отмечается ощущение чуждости собственного тела и его частей, их легкости, воздушности или, наоборот, непривычной тяжести.

В этом случае сверхценные идеи, близкие к сенситивным, заключаются в убежденности о наличии мнимого либо болезненно переоцениваемого физического недостатка (что «подтверждается» в результате искажения видения и восприятия себя). Мысль о физическом недостатке может созревать постепенно или возникнуть внезапно, как озарение, под действием случайных обстоятельств, порою имеющих весьма отдаленное отношение к воображаемому дефекту. Иногда в основе могут лежать действительные, но незначительные недостатки во внешности. Так, например, у мальчика при едва заметном намеке на гинекомастию однажды случайно подслушанный им разговор о гермафродитах породил убежденность, что у него «женские груди». Подобные переживания часто касаются лица («уродливое», «кривое», «круглое, как луна») или своей фигуры («толстые ляжки», «жирные ягодицы», «соломинки-ноги», слишком большие «медвежьи лапы» и т.п.). У мальчиков встречаются подобные же мысли о недостатках в строении полового члена — «слишком маленький», «кривой», «загибается в сторону» и т.п.

Больные опасаются, что окружающие замечают эти недостатки, обсуждают их и смеются.

Частным случаем дисморфофобических переживаний является ситуация, когда в качестве таковых выступает идея излишней полноты. В этом случае дисморфофобические идеи касаются убежденности в

собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. На этой основе формируются аноректические явления: отсутствие желания есть при наличии физиологической потребности в пище, упорный отказ от еды, вплоть до тяжелой кахексии и возникновения аменореи (Коркина М. В. [и др.], 1986, 2009).

Обычно нет ни четкой исходной мотивации, толкнувшей на голодание, ни страстного желания избежать полноты тела, похудеть, иметь грациозную фигуру. Характерным является «симптом зеркала» и «симптом фотографии» (пациенты подолгу разглядывают себя в зеркале или рассматривают свою фотографию, находя все больше подтверждений наличия у себя измененной внешности). Причины голодания или строгой диеты формулируются расплывчато, витиевато, логическая связь их с голоданием прослеживается не всегда (например, «хочу иметь продолговатое лицо, как у Христа» или «хочу исправить форму таза»). В некоторых случаях подростки не могут объяснить, почему они начали голодать, или категорически отказываются дать объяснения. Нередко вообще не удается выявить какого-либо провоцирующего психогенного фактора. Никто не дразнил, не называл толстым или это было много лет назад, а сейчас почему-то всплыло в памяти.

Вычурные диеты, построенные на заумных доводах, иногда выступают на первый план. Подросток может питаться только одним каким-либо продуктом, например, яблоками, медом или морковью, пить настой из трав и т. п.

Если суммировать клинические особенности условий формирования аноректического поведения при дисморфофобическом синдроме, то они сводятся к следующим характеристикам.

1. Наличие преморбидной гиперсоциальности (подтвержденной родителями и учителями) как основной личностной черты. До развития заболевания пациенты (чаще — пациентки) всегда были требовательными к себе и окружающим. Часто они находились в центре внимания сверстников, участвовали во всех школьных мероприятиях и зачастую были старостами в классе или в учебной группе.

2. Нередко в анамнезе наблюдается так называемый «синдром отличниц», описанный А. Е. Личко (1979) и характеризующийся стремлением к получению высоких оценок, центрированием на вопросах учебы, отношением к которой всегда очень ответственное, что выражается в особой тщательности и аккуратности выполнения школьных заданий.

3. В анамнезе можно обнаружить признаки какого-либо психогенного фактора: по заявлениям пациенток, их дразнили, называли толстыми. Однако при детальном изучении этих эпизодов выясняется следующее.

— Данные воспоминания на самом деле не являлись психогенными для этих пациенток: не отмечалось какой-то особенно напряженной, эмоционально окрашенной реакции; рассказывая о них, они просто констатировали это как имевший место случай.

— Нередко такие замечания попадали на уже готовую почву — так называемую дисморфофобическую настороженность (уязвимость). В этих случаях происходило потенцирование еще четко не сформированных дисморфофобических переживаний, а не возникновение невротического конфликта.

4. Наблюдается упорный отказ от еды, снижение массы тела более чем на 10—15% или индекс Кветелла (соотношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах) 17,5% или менее, отсутствие у девочек месячных в течение длительного периода и развитие явлений кахексии. Нежелание есть превращается в невозможность принятия пищи; часто используется самопроизвольное вызывание рвоты после еды из-за появления непереносимого чувства переполненности желудка.

5. Чувство голода выражено незначительно и больших усилий для его подавления не требуется.

6. Лицо становится бледным, подкожная жировая клетчатка исчезает, тургор кожи резко уменьшается, появляется сухость, шелушение, живот становится впалым, изо рта — запах ацетона.

7. Отмечаются особенности «пищевого» поведения. Это касается, прежде всего, приготовления пищи: она начинает готовиться по-особому, порой вычурному, нелепому рецепту. При этом идет резкое самоограничение потребления пищи и «закармливание» своих близких. Сюда же, как думается, можно отнести вычурное поведение, связанное с рвотой. Это относится как к акту вызывания рвоты, порой экзотическим способом (так, одна пациентка, при плохо выраженном у нее рвотном рефлексе, с целью вызывания рвоты использовала ученическую линейку), так и к последующим за этим актом манипуляциям с рвотными массами. С целью похудения больные резко увеличивают свои физические нагрузки (физические упражнения, длительные прогулки, отказ от пользования лифтом и т. п.).

8. Еще до наступления тяжелого истощения заметно ухудшается успеваемость; появляются жалобы на трудность сосредоточения (в отличие от затруднения, но не снижения, учебной деятельности при нервной анорексии). Причинами этого являются развивающиеся нарушения мышления. Наиболее отчетливо это отражается в наличии признаков когнитивного дефицита: затруднение концентрации внимания, нарушение целенаправленности мышления, его вычурность и витиеватость, склонность к резонерству.

У пациентов появляется склонность к философической интоксикации, причем «философские принципы» подводятся под вычурные диеты. Так, несмотря на то, что цель похудения заявляется как оздоровительная (с косметической коррекцией внешности), способы ее достижения и результат оказываются противоположными поставленным задачам (вместо заявляемых косметических целей фактически развивается уродливое похудание вплоть до дистрофии и кахексии).

9. Вычурное и порой даже гротескное «непищевое» поведение: так, в одних случаях больные «с целью похудеть» часами гуляют, насильственно вовлекая в этот процесс своих близких, в других — часами до изнеможения иступленно занимаются различными гимнастическими упражнениями, в третьих — «для маскировки своей полноты» используют специфический макияж, известный в литературе как «маска смерти» и т.п. Характерна также неряшливость в одежде.

10. Наблюдается падение социальной активности. Больные становятся бездеятельными, интересы блекнут, контакты со сверстниками обедняются, становятся формальными. Рано начинают выявляться замкнутость и отчужденность от близких, даже враждебное отношение к ним; формируется характерная система внутрисемейных отношений: аноректический шантаж со стороны пациентов и вынужденное подчинение их требованиям со стороны родителей.

11. В некоторых случаях отмечается специфический тип течения заболевания, который выражается в том, что после аноректической фазы формируется булимическая фаза, проявления которой продолжаются в среднем 1—5 месяцев.

Бромидроз, часто возникающий после реально имевшего место случая, характеризуется опасениями больных «не удерживать газы» и таким образом распространять неприятные запахи. В случае убежденности пациента в реальном «распространении запахов», имеют место телесные ощущения и обонятельные обманы восприятия.

При этом наблюдается заметное угнетение настроения, больные постоянно живут в переживаниях своей физической неполноценности или страхе от возможного повторения того же «позорного явления», которое с ними реально однажды случилось; в любом случае они не могут без мучительных переживаний и опасений выйти из дома, спокойно чувствовать себя в окружении людей.

В целом же с возникновением заболевания больные становятся более «тусклыми», эмоционально обедненными и, одновременно, тревожно подозрительными, что проявляется иногда лишь в раздраженно-холодном отношении к близким и в снижении эмоционального резонанса на волнения, беды и, особенно, радости окружающих, что сами больные считают следствием сосредоточенности на своих переживаниях (т. е. имеет место нарастание изменений личности). Так, например, при попытке родственников или врачей говорить о «пищевой» проблеме, пациентки просто холодно выслушивают их, стараясь избегать подробных обсуждений своего поведения.

Практически все пациенты предпринимают попытки коррекции своих недостатков тем или иным способом, требуя обследования и лечения у специалистов, прибегают к изучению популярной и медицинской литературы. При этом важно подчеркнуть, что ядром сверхценного

симптомокомплекса является проблема внешнего вида, а не соматического заболевания.

Аффективно-дисморфофобический вариант

Собственно дисморфофобические проявления у пациентов данной группы тесно переплетаются с депрессивными переживаниями и/или тревожными руминациями.

В то же время аффективная сфера не отличается той широтой и разнообразием спектра, каким обладают больные неврозами. Характерно появление вялой и витальной депрессии (подавление жизненно важных функций: голода, жажды, сексуальной неудовлетворенности). Преобладают идеи самоуничтожения, малоценности и сенситивные идеи отношения, а при возникновении заболевания в юношеском возрасте — сочетание тоскливого аффекта (в ряде случаев с раздражительностью, злобностью и явлениями адинамии) с явлениями ангедонии (негативной аффективности), чувством безразличия, с идеаторной и моторной заторможенностью. У половины больных при этом выявляются суицидальные мысли, у четверти — имеют место суицидальные попытки.

Как отмечает В. И. Крылов (2003), клинико-психопатологический анализ позволяет выделить группу больных, у которых переживания, связанные с недовольством своей внешностью, отражаются в содержании депрессивных идей.

Для состояния этих больных характерны:

- а) тенденция к витализации по мере углубления депрессии;
- б) суточная ритмика состояния с колебанием интенсивности аффекта — ухудшение настроения и самочувствия в утренние, реже вечерние часы;
- в) явления ауто- и сомато-психической деперсонализации;
- г) депрессивные идеи не ограничиваются тематикой, связанной с проблемой коррекции внешности.

У части больных могут наблюдаться циклотимоподобные или другие позитивные расстройства, однако без выхода за рамки неврозоподобного и психопатоподобного регистров.

При этом дисморфофобические идеи выступают как одна из сторон депрессивного мировоззрения (Этингоф А. М., 2004). Пациенты считают себя неинтересными, непривлекательными внешне. Некоторые больные конкретно описывают свои «физические недостатки», но обычно такая конкретизация оказывается вторичной.

Пациенты часто говорят, что они «просто хуже других», причем не только по своим физическим параметрам, но и по психическим и умственным особенностям. Они жалуются, что с такой внешностью не смогут понравиться представителям противоположного пола, никогда не станут лидерами. Больные испытывают чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в тени.

В этом случае, как показывает наш опыт, в картине депрессии доминирует тоскливый аффект с ощущением безысходности, отчаяния, часто с дисфорией. Признаки идеаторного и моторного торможения отсутствуют или выражены незначительно. При этом наиболее часто фиксируются суицидальные мысли и суицидальные попытки, хотя стремление умереть является непосредственным мотивом достаточно редко, а чаще аутоагрессивное поведение носит характер намеренно рискованных поступков, в основе которых лежит стремление «разбудить себя от спячки», восстановить «способность чувствовать» и воспринимать свою внешность.

При наличии в структуре дисморфофобических нарушений тревожной или дисфорической симптоматики идеаторное торможение отмечается нечасто, моторный компонент практически отсутствует. У таких больных чаще всего имеет место сверхценная фиксация на одном или нескольких конкретных внешних недостатках, реально существующих, но преувеличенных (пористость кожи, веснушки, облысение, торчащие уши, длинный нос, чрезмерное оволосение, неправильный прикус, кривые зубы, низкий рост, недоразвитие грудных желез, неправильное строение половых органов и т.п.). Чаще же пациентам этой группы не нравится вся их внешность в целом, например, якобы имеющаяся моторная неловкость, т. е. доминирует генерализованная локализация предмета фиксации. Имеет также место страх возникновения какого-либо дефекта внешности, причину которого больные видят в возможном соматическом заболевании или сексуальном пороке.

Сверхценные проявления в данном случае тесно переплетаются с ипохондрическими идеями. Свои внешние недостатки пациенты считают также обусловленными неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, нарушением обмена веществ. Только при этом варианте отмечается страх, касающийся нарушений функций организма: импотенции (как результата мастурбации или гормональных нарушений), неприятного запаха (как возможного проявления желудочно-кишечного заболевания).

3. Небредовой ипохондрический синдром

Клиническая категория «ипохондрия» охватывает широкий круг патологических проявлений соматопсихической сферы, включающий такие психопатологические феномены, как расстройства телесного самосознания — образа и схемы тела, психосенсорные расстройства, коэнестезиопатии, соматизированную тревогу и др. (Волель Б. А., 2009).

В ряде публикаций (Starcevic V., Lipsett D. R., 2001) приводятся вполне обоснованные клинические данные, свидетельствующие о возможности рассмотрения ипохондрии в качестве самостоятельного психопатологического феномена, который представляет собой ряд последовательно утяжеляющихся синдромов как личностного, так и невротического и аффективного регистров (но может включать в себя и бредовой регистр).

Врожденные свойства личности, предрасполагающие к формированию ипохондрических расстройств, наиболее полно отражает группа аномалий соматопсихической сферы — «соматоперцептивные психопатии» (по R. Lemke, 1951).

Преморбидные особенности этих пациентов характеризуются наличием особого рода уязвимости, которую мы рассматриваем в рамках психосоматического диатеза. Такой диатез проявляется уже с раннего детства субклиническими явлениями в сфере телесной перцепции. Речь идет о присущем этим индивидам «дефиците биологического тонуса» (Petrilowitsch N., 1960) в виде каких-либо морфологических аномалий, подверженности интеркуррентным заболеваниям, склонности к формированию изолированных психовегетативных расстройств. Высокая частота инфекций (грибковые, стафилококковые, герпетические поражения), отражающая снижение иммунитета, дополняет характеристику рассматриваемой соматически стигматизированной почвы. Как отметила Г. Е. Сухарева (1974), такие индивидуумы нередко вырастают в семьях, где взрослые без конца тревожатся за свое здоровье и любят обсуждать болезни своих знакомых.

Как показало исследование А. С. Розиной (2010), ипохондрическая симптоматика при шизотипических расстройствах отмечается в 26,5%. При этом небредовая ипохондрия характеризуется преобладанием коэнестезиопатических расстройств, что обуславливает сходство болезненной симптоматики с проявлениями общесоматической патологии.

Шизотипические расстройства с проявлениями небредовой ипохондрии характеризуются относительно благоприятным течением. Психопатологическая симптоматика выступает под маской других расстройств из области пограничной патологии (астено-ипохондрических состояний, органических неврозов, ипохондрических развитий) и на начальных этапах аутохтонного процесса включает, с одной стороны, стертые аффективные (неустойчивость настроения, слезливость, склонность к самоупрекам, сочетающиеся со снижением аппетита и инсомническими нарушениями), фобические, астенические и конверсионные расстройства. С другой стороны, продромальные явления небредовой ипохондрии включают целый ряд расстройств (вегетативные, органоневротические), обнаруживающих сходство с проявлениями соматической патологии.

При этом жалобы больных сочетаются с развитием следующих явлений:

- 1) фиксация на деятельности внутренних органов;
- 2) страх телесного недуга, основанный на ложной интерпретации болезненных ощущений;
- 3) несогласие с медицинской аргументацией необоснованности жалоб;
- 4) поиск повторных консультаций, обследований или «исцеления» с помощью нетрадиционных методов лечения.

В связи с соматической окраской психопатологических расстройств, а также органоневротическими симптомокомплексами, доминирующими в ряду проявлений вялотекущей шизофрении (ощущение тяжести в эпигастрии, сходное с симптоматикой заболеваний желудочно-кишечного тракта, боли в пояснице, имитирующие обострения радикулита, стреляющие боли в позвоночнике, напоминающие проявления остеохондроза и др.), пациенты неоднократно обращаются в учреждения общемедицинской сети, подвергаются повторным обследованиям («медицинская одиссея» по К. Reckel, 1978) и направляются к психиатру лишь спустя 3-4 года.

Таким образом, клиническая картина небредовой ипохондрии складывается из сенестопатий (коэнестезиопатий) и тревожно-фобических расстройств ипохондрического содержания, сопровождающихся явлениями ипохондрически стигматизированного поведения (частые обращения за медицинской помощью, самоощажение, оздоровительные мероприятия) на базе конституционального или нажитого предрасположения (психосоматический диатез — соматоперцептивная психопатия по R. Lemke, 1951).

Следующие критерии позволяют отнести эти расстройства к шизотипическим:

1) видоизменение по мере развития болезни нозологически неспецифических (на начальных этапах) осевых коэнестезиопатических расстройств во все более свойственные аутохтонному процессу нарушения (трансформация персистирующих однообразных, штампованных телесных сенсаций в нарушения круга сенестезий и сенестопатий);

2) углубление негативных расстройств (нарастающие изменения личности). При этом в некоторых случаях небредовая ипохондрия формируется по механизму антиномного (полярного по отношению к исходным особенностям личности) сдвига со становлением аддиктивных феноменов, замещающих прежние пристрастия и не являющихся проявлением динамики психопатий (Смулевич А. Б., Волель Б. А., Романов Д. В., 2008);

3) нарушение социального функционирования.

Проявления соматоперцептивной патологии типологически гетерогенны, что обусловлено различным соотношением в ее структуре двух психопатологических рядов, определяющих формирование различных вариантов небредовой ипохондрии:

1) изменение телесного самосознания личности;

2) коэнестезиопатические сенсации (Волель Б. А., 2009)

Дифференциация клинических проявлений обнаруживается уже на начальных этапах небредовой ипохондрии, манифестирующей крайними — гипертипическими нарушениями и усиливается по ходу течения заболевания, что позволяет разделить их на два типа (Серебрякова Е. В., 2007; Волель Б. А., 2009):

1. Тревожно-ипохондрический вариант.

2. Коэнестезиопатический вариант.

Правомерность такой типологической дифференциации шизотипических ипохондрических расстройств с течением по типу тревожной либо коэнестезиопатической ипохондрии и ее определяющую связь с клиническим и социальным прогнозом заболевания убедительно показана Б. А. Волель (2009).

Тревожно-ипохондрический вариант

Характеризуется проявлениями соматизированной тревоги, паническими атаками, сверхценным формированием «культы болезни» (несоответствие между глубиной интереса к вопросам своего здоровья и минимальной выраженностью ощущений соматического неблагополучия) и медленным нарастанием личностных изменений. Тревожность при этом характеризуется чрезмерной интенсивностью, стойкостью, вопреки разубеждениям, и невозможностью произвольного контроля. В некоторых случаях тревожная озабоченность своим здоровьем может принимать навязчивый характер, о чем свидетельствуют эмоциональные реакции неприятия больным имеющихся психопатологических расстройств и формирование не только нозо- и танатофобии, но и фобофобии.

«Осевое расстройство» при тревожной ипохондрии базируется на **измененном телесном самосознании личности**. Такого рода расстройство представляет собой конгломерат собственно фобических ипохондрических феноменов (ипохондрические страхи, агорафобии, нозофобии и тревожные опасения, а также соматизированная тревога с вегетативными кризами, достигающими уровня панических атак) со сверхценными нозоманиями, имеющими аффиinitет преимущественно к функциональным расстройствам пищеварительной системы (Смулевич А. Б., 2002).

По структуре конституциональных аномалий большинство больных относятся к личностям стенического полюса с явлениями соматотонии. В ряду этого круга аномалий представлены: экспансивная шизоидия с явлениями проприоцептивного диатеза; обсессивно-компульсивное расстройство личности и девиации драматического кластера:

- Гистрионное расстройство личности с истеросверхценными ипохондрическими комплексами по типу «ипохондрии красоты» (по W. Jahrreis, 1930) — состояние, когда у пациента, наряду с убежденностью в собственной «неотразимости» и внешней привлекательности, отмечается чрезмерная озабоченность банальными мелкими дефектами (прыщиками, складочками, пятнышками на кожных покровах). Такие пациенты используют специальную косметику по уходу за кожей, неоднократно посещают косметологические центры, обращаются к массажистам.
- Истери-возбудимое расстройство личности, сопровождающееся аномалиями влечений, развитием интенсивных эмоций со стремлением к изменению психического состояния посредством

приема психоактивных веществ (химическая аддикция) или постоянной фиксацией внимания на определенных видах «полезной для здоровья» деятельности (Смулевич А. Б., 2009б).

Продромальный период тревожной ипохондрии (как и при коэнестезиопатическом варианте заболевания) в большинстве случаев длится 5—10 лет и приходится на юношеский возраст. Однако психопатологические расстройства, определяющие начальные признаки аутохтонного процесса, отличаются от таковых при коэнестезиопатической шизофрении и характеризуются, в первую очередь, усилением проявлений психосоматического диатеза, т. е. соматопсихической лабильности в виде:

а) учащения интеркуррентных заболеваний;

б) аутохтонно или психогенно спровоцированных квазисоматических эпизодов, подверженных спонтанному обратному развитию с полной редукцией симптоматики, т. е. склонности к формированию изолированных психовегетативных расстройств с присоединением гомономных (сходных с имеющимися при соматических заболеваниях) телесных ощущений, которые сохраняют феноменологическое сходство с жалобами больных, реально страдающих тем или иным телесным недугом, что создает «маскирующий эффект»;

в) умеренно выраженных тревожно-ипохондрических симптомов — панических атак, агорафобии и нозофобии.

Начало активного этапа заболевания приходится на 2-3-е десятилетие жизни. Психопатологические проявления активного этапа проявляются либо внезапно в виде острой вспышки «ипохондрического припадка», либо — путем медленного формирования ипохондрической симптоматики.

Острый дебют ипохондрии реализуется в рамках панических атак (их продолжительность от 10—20 мин до 1—3 сут.), а в ряде случаев — в структуре экзистенциального криза. К облигатным психопатологическим проявлениям экзистенциального криза, знаменующего дебют небредовой ипохондрии, относится флотирующая (плавающая и «прилипающая к чему-то») тревога, сопровождающаяся ощущением угрозы существованию, катастрофы, «обрушившей» душевную жизнь или соматическое благополучие.

Пароксизм протекает с явлениями «панической растерянности», страха потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти, алло-, сомато- и аутопсихической деперсонализации, расстройства самосознания. Глубина этих переживаний варьирует в широких пределах: от невротического — страх потери самоконтроля (диспсихофобия), — до психотического уровня («интрузивная», то есть грубо и неожиданно «вторгающаяся в сознание», тревога). В этих случаях больные указывают не только день, но и час начала болезни. «Паническая растерянность» реализуется пароксизмально, скачком и достигает кульминации уже через несколько минут. Весь облик больных, их мимика и пантомимика (недоумевающее выражение лица, беспокойный блуждающий взгляд, неуверенные бесцельные движения) отражают

беспомощность, непонимание ситуации, неспособность связно и последовательно изложить свои жалобы (Смулевич А. Б., 2009в). Острая тревога за свое физическое существование, страх гибели, выступающие в комплексе с многообразными телесными сенсациями, вегетативными кризами, безраздельно овладевают сознанием больных. Они растеряны, не понимают, что с ними происходит, настойчиво «атакуют» врачей, умоляют о помощи.

В тех случаях, когда тревожная ипохондрия манифестирует остро, картина затяжного ипохондрического состояния формируется по механизму антиномного сдвига. Однажды испытанный страх безумия/телесной катастрофы разделяет жизнь пациентов на две части — «до» и «после» ипохондрического кризиса. На протяжении всего посткризового периода течения болезни сохраняется страх повторения пароксизма. Таким образом, клиническая картина посткризового периода тревожной ипохондрии определяется изменением типологической структуры личности (ее ипохондризацией), сопряженным с негативными феноменами.

При дебюте с постепенным разворачиванием ипохондрической симптоматики (от 2 до 4 лет) в клинической картине доминируют ипохондрические фобии, перманентный страх надвигающейся соматической катастрофы. Психопатологические нарушения (панические атаки, агорафобия, нозофобии), определяющие в этих случаях клиническую картину активного этапа тревожной ипохондрии, подвержены процессуальному видоизменению и достигают уровня нозоманий, сверхценной ипохондрии.

В целом клиническая картина в активном периоде определяется:

- 1) усилением тревожно-фобической симптоматики до уровня нозомании;
- 2) ассоциацией генерализованной соматоформной и тревожно-фобической симптоматики;
- 3) ограниченным характером сенестезий, представленных чаще всего лишь чувством головокружения и шаткости походки, при одновременно широкой представленности сенестопатий, носящих характер соматоформной пространственно нечетко локализованной «полисимптоматики»: наличие (помимо сомато-вегетативных нарушений) идеопатических алгий (сенестоалгий), которые усиливаются не только вслед за соматогенными влияниями (интеркуррентное заболевание, физическое перенапряжение), но сопровождают даже физиологические процессы;
- 4) аутоагрессивным поведением (травматические способы «оздоровления»).

Особенности этих проявлений заключаются в следующем.

Тревожно-фобическая симптоматика (панические атаки, агорафобия, нозофобия) в активном периоде заболевания характеризуется усилением тревожных опасений ипохондрического содержания, подчас достаточно нелепого, с рано появляющейся тенденцией к стереотипизации obsessions.

При этом обсессии принимают все более «экзотические» формы избегающего поведения (избавление от вещей, при пользовании которыми когда-то «становилось плохо», неспособность расстаться с «оберегами», потребность даже в ванной комнате оставить мобильный телефон, «нацеленный» на вызов «скорой помощи»), в ряде случаев напоминая автоматизированные феномены.

В дальнейшем, несмотря на постепенную редукцию панических атак, малейшее изменение самочувствия сопровождается экзацербацией нозофобий (танато- канцеро- инсультофобия). На высоте состояния страх соматической катастрофы начинает характеризоваться убежденностью, уверенностью в том, что смертельная болезнь уже поразила организм и скоропостижная кончина неизбежна, т. е. достигает уровня нозомании. Повышение температуры до субфебрильных цифр немедленно связывается в сознании больного с угрозой сепсиса, бледность — с заражением СПИДом, выделения из носа, в которых «появились прожилки крови» — с опухолью мозга и т. д.

При возникновении деперсонализации отмечается преобладание феноменов соматопсихической деперсонализации над нарушениями самосознания в аллопсихической и аутопсихической сферах.

При наличии депрессии выражен витальный компонент, быстрая ее соматизация и акцентированная идеаторная заторможенность; нередко возникают суицидальные мысли, но без тенденции к их реализации.

По мере снижения активности аутохтонного процесса (5—7-й год активного периода) тревожно-ипохондрическая симптоматика перекрывается психопатоподобными расстройствами круга сверхценной ипохондрии, т. е. к процессуальной трансформации осевой симптоматики присоединяются признаки нажитого ипохондрического (постпроцессуального) развития (на протяжении многих лет), становление которого отражает приближение к этапу стабилизации и свидетельствует о формировании ипохондрического дефекта (Смулевич А. Б., 2009в). Психопатологическая составляющая ипохондрического дефекта включает проявления ипохондрического мировоззрения: вычурные, утрированные модели оздоровительного поведения с концентрацией всех интересов в пределах пространства собственного тела.

Постепенно появляются признаки психопатоподобных изменений личности, сопоставимые с явлениями «эволюционирующей шизоидии» (Еу Н., 1955), сопряженные с падением работоспособности. При этом выражена диссоциация между относительно неглубоким дефектом и «ипохондрической загруженностью» больного: резидуальные коэнестезиопатические феномены становятся источником, порождающим сознание «собственной телесной непригодности» и психической ущербности.

Стойкая фиксация на мнимом соматическом неблагополучии сопровождается явлениями «моральной ипохондрии» (Falret J., 1866) с сознанием неполноты интеллектуальной деятельности, чувством

напряжения, сопровождающим вынужденную необходимость «домысливать разумом» все, протекающие прежде естественно, эмоциональные процессы. По мере заострения анестетических свойств нарастает «соматический эгоизм» (Сидельников В. Я., 1975) с грубо-прагматичными требованиями от близких ухода и заботы при черствости по отношению к ним (вплоть до неосведомленности о нуждах собственной семьи). Образ жизни сводится к «формуле ипохондрической аутизации» (Воловик В. М., 1980) с социальной отгороженностью.

В качестве доминирующего расстройства выступают овладевающие представления о нанесенном недуге ущербе психическому и/или соматическому благополучию. На первом плане — рефлексия, постоянный анализ болезненных ощущений, сопряженные с явлениями медицинской аддикции («doctor shopping» по Р. Fink [et.al.], 2004): навязчивое стремление к обследованиям с привлечением широкого круга специалистов, многократным госпитализациям в лечебные учреждения различного профиля, обращению к новым диагностическим и лечебным методикам.

Сознание болезни имеется, но болезни не психической, а телесной. Разубеждения врачей служат лишь подтверждением худших предположений относительно тяжести, необычности, нераспознанности заболевания с формированием убежденности в «бессилии» официальной медицины. В попытках установить «истинную причину» страдания пациентов не останавливают ни потери времени, что иногда приводит к увольнению с работы, ни финансовые затраты (Смулевич А. Б., 2009в).

Развивается характерное защитно-охранительное приспособление к нарушенному жизненному стереотипу (Колюцкая Е. В., 2001). Среди поведенческих паттернов на первом плане тенденция к ипохондрическому отказу от вредных привычек и прежних форм активности. Пациенты с упорством стремятся обезопасить себя от любого риска; неотъемлемой частью образа жизни становится строго регламентированный график оздоровления (диета, контрастный душ, бани, купание в проруби, йога, тяжелая, но «полезная для организма» физическая работа на свежем воздухе). При этом направленное на «восстановление здоровья» поведение приобретает черты утрированности и вычурности: больные появляются в «прокуренных» помещениях в стерильной хирургической маске, пытаются почерпнуть «исцеление» с помощью «природных ресурсов» — дендро- или фелинотерапии: прислоняясь к стволам деревьев, прикладывая кошку к «источнику боли».

Коэстетезиопатически-ипохондрический вариант

Характеризуется преобладанием патологических телесных ощущений, перекрывающихся астеническими симптомокомплексами с быстро нарастающей социальной дезадаптацией и формированием астенического дефекта. Иными словами, в картине коэстетезиопатической ипохондрии (ценестетической ипохондрии по А. Б. Смулевичу, 2002) базисной психопатологической «осью» являются астенические проявления, а динамика

заболевания реализуется упрощением клинической картины нозофобии с редукцией изначально фрагментарных коэнестеziопатических симптомокомплексов.

Определение «коэнестеziопатия» является производным от термина «коэнестезия», впервые введенного J. Ch. Reil (1805), и обозначает нарушение соматопсихической сферы, относящееся к расстройствам общего чувства тела и включающее протопатические, гаптические и витальные ощущения, а также опосредование физиологических и патологических процессов, происходящих в организме.

Итак, коэнестеziопатия отражает нарушение чувственного осознания собственного тела и является сенсорной составляющей ипохондрических психопатологических расстройств. Это расстройство сопровождается ощущением тотального физического неблагополучия или недомогания, которое сочетается с сенестопатиями и сенестезиями (Смулевич А. Б., 2007а).

Последние являются сенсорно- и пространственно недифференцированными патологическими телесными сенсациями (неопределенные, расплывчатые, диффузные, изменчивые, трудные для субъективного описания ощущения), которые представлены псевдовестибулярными (нарушения равновесия, нетвердость походки, чувство ватности в ногах), кинестетическими («мышечная пустота», чувство напряжения или спазма в различных группах мышц, тяжесть в конечностях, чувство мнимого движения или так называемые «гипокинезии») и сенсорными (чувство нечеткости, расплывчатости, помутненности зрения, неуверенность при оценке расстояния, изменение интенсивности и качества слуховых и обонятельных ощущений) феноменами (Смулевич А. Б., 2002).

По А. Б. Смулевичу коэнестеziопатия — это облигатная составляющая структуры небредовых ипохондрических синдромов, базисное (близкое к соматическому, т. е. мозговому, субстрату) расстройство, проявляющееся преимущественно в образовании сенестоалгий и сенестопатий, занимающих подчиненное по отношению к астеническим проявлениям положение, и завершающееся формированием астенического дефекта. При этом ипохондрические проявления, имеющие аффинитет к функциональным расстройствам сердечно-сосудистой и дыхательной систем (Смулевич А. Б., 2002), могут рассматриваться лишь как акцессорные, не определяющие основные тенденции развития болезненного процесса, но вносящие существенный вклад в построение как позитивных, так и негативных расстройств. В этом заключается существенная разница по сравнению с небредовой ипохондрией по типу тревожной ипохондрии.

Как показала Б. А. Волель (2009), преморбидной особенностью характера пациентов с коэнестеziопатической ипохондрией является опознаваемая уже с раннего детства отчетливая личностная аномалия, соответствующая определению «шизоидных невротиков» (Бунеев А. Н., 1923).

Инициальные признаки заболевания формируются раньше, чем при тревожно-ипохондрических проявлениях, протекающих по типу ипохондрического развития, в пубертатном и юношеском возрасте. При этом длительность продромального периода варьирует в достаточно широких пределах (его средняя продолжительность составляет 5—7 лет).

Доминирующая в преморбидный период астения (правомерность выделения которой в качестве самостоятельного расстройства С. Ю. Циркин (2012) подвергает сомнению, рассматривая ее как астенический вариант депрессии), сочетается с полиморфными соматоформными расстройствами и характеризуется наличием аффективных (депрессивных) фаз и реакций. Больные отмечают повышенную утомляемость в течение дня, потливость, лабильность пульса и артериального давления, головные боли по типу «каска неврастеника». В легких случаях эти явления появляются после внешней провокации (соматическое заболевание, психическая травма), в тяжелых — возникают внезапно и аутохтонно.

В инициальном периоде могут наблюдаться спонтанные панические атаки: вспышки острой тревоги за свое здоровье со страхом смерти. Эти состояния сопровождаются бурными вегетативными реакциями: резкой бледностью или покраснением лица, потом или ознобом, учащенным пульсом, повышением артериального давления. Панические атаки протекают с преобладанием сомато-вегетативных расстройств по типу дизестетических кризов (Huber G., 1976) и конверсионно-диссоциативных расстройств, которые отличаются грубостью, утрированностью и шаблонностью. Вначале частота этих явлений — 2—4 в месяц, но постепенно они усиливаются в своей интенсивности, становятся более продолжительными (до нескольких часов) и частыми (1-2 в неделю).

Активный период (его длительность не превышает 7—10 лет) характеризуется формированием стойких астенических нарушений. Постепенно утрачивается прямая зависимость между выраженностью астенических жалоб и объемом выполняемой работы.

Клиническая картина активного этапа болезни представлена следующими феноменами.

1. Телесные сенсации, характерные для этой патологии — сенестезии и сенестопатии. При этом ипохондрические нарушения ограничиваются сенсоипохондрией (Леонгард К., 1981), что отличает рассматриваемый вариант от шизотипических расстройств, протекающих по типу тревожной ипохондриии, при которой наблюдаются проявления как сенсо-, так и идеоипохондриии.

Пациенты испытывают необычные и неприятные ощущения в теле:

а) **сенестезии** — выраженные стойкие сенсорно и пространственно недифференцированные расстройства общего чувства тела (Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983), неоднородные в психопатологическом плане, но клинически взаимосвязанные нарушения моторной и сенсорной сферы. Сенестезии, с одной стороны, сближаются с расстройствами схемы тела и

психосенсорными нарушениями, а с другой — с деперсонализационно-дереализационным синдромом. Они проявляются в ощущении внезапной физической слабости, покачивания и неуверенности при ходьбе, чувстве тяжести или, наоборот, «легкости» собственного тела, «пустоты» внутри тела, полета, внезапной мышечной пустоты, напряжения или спазма. G. Huber (1966) относил эти ощущения к «базисному», облигатному для ипохондрической шизофрении расстройству, а А. В. Снежневский (1983) — к одному из наиболее ранних «первичных» проявлений шизофрении.

б) несколько позже и менее выраженные — изолированные полиморфные **сенестопатии** — патологические ощущения, необычные «странные» сенсации, лишенные сходства с проявлениями соматической болезни, гетерономные нормальной телесной перцепции, обычно лишенные точной формально-пространственной проекции. Они с трудом поддаются описаниям и представляют собой протопатические, висцеральные, гаптические, термические, кинестетические, витальные овладевающие ощущения, которые больные формулируют как чувство «прокалывания», «жжения», болезненного «прохождения волн» и т.п. У большинства больных, как отмечает Т. В. Серпуховитина (1991), сенестопатии локализуются в голове и приобретают характер чужеродности, необычности, причудливости («перекрывание», «шевеление», «зажим», «пробой», «спрессованность», «растекание», давящая перегородка между полушариями). Характерна также локализация сенестопатии в области костно-мышечного аппарата («зажатость», «панцирность», «размягчение», «иссушенность»). В некоторых случаях сенестопатии ограничены определенным участком тела: областью головы, груди, живота, конечностей («туманность» внутри головы, «бурление» в кишечнике, ощущение холода в конечностях и пр.).

Отличительной особенностью сенестопатий является их бинарная направленность, обусловленная противоположными тенденциями — ощущением напряжения или слабости (пациенты жалуются то на «чувство натяжения» в голове, то на «разливающуюся пустоту»). Такого рода «двойственность», парадоксальность сенестопатических феноменов может рассматриваться как признак, отражающий процессуальную природу страдания. В пользу этой квалификации свидетельствует и сродство ощущения «пустоты в голове» с предпочтительными для шизофрении расстройствами мышления.

Телесные сенсации возникают спонтанно либо в зависимости от определенного положения тела, физиологических или моторных функций. В большинстве случаев патологические ощущения принимают персистирующий характер, в других наблюдениях — возникают эпизодически (хронические или пароксизмальные сенестопатии по И. Р. Эглитису, 1977).

Отмечаются также **расстройства общего чувства тела** (соматосенсорные расстройства), обусловленные нарушением восприятия происходящих в организме физиологических и патологических процессов:

соматовегетативные, психовегетативные, органоневротические, аллопатические проявления. При этом больные жалуются на упорные, особенно распирающие головные боли, неприятные ощущения в области сердца и в других внутренних органах (дисфункция внутренних органов, имитирующих соматическую патологию). Эти алгии сопровождаются тревожными опасениями тяжелого недуга с формированием агорафобий и нозофобий, в том числе и на основе телесных фантазий.

У мальчиков сенестопатии могут локализоваться в области полового члена («одеревенел», «чувствуется, как сморщился»). Именно сосредоточение сенестопатий на сердце и гениталиях — это, пожалуй, единственное, что отличает их у подростков от таковых у взрослых (у взрослых это может касаться головы, желудка, ног, сосудов в разных частях тела и т.д.).

2. Астено-депрессивные расстройства — ощущение тотального физического неблагополучия или недомогания (гиперестезия, преходящие ощущения слабости, тяжести в конечностях и пр.). Неглубокие проявления депрессивной астении обозначаются больными как вялость. Они могут испытывать и чувство полного упадка сил («такая слабость, что и двух спичек поднять не могу»). Многие больные догадываются, что их чувство бессилия лишь имитирует физическое истощение (Циркин С. Ю., 2012). Кроме того, пациенты также жалуются на плохой сон, быструю утомляемость, невозможность сосредоточиться, плохую память. Характерно появление нарушений мышления при умственной нагрузке, требующей сосредоточения: мысли начинают излагаться путано, расплывчато, витиевато. В связи с этим больные запускают учебу, отказываются от работы и избегают всякого напряжения, как физического, так и, особенно, умственного. Особенности эмоциональной сферы, отличающие депрессивную астению от истинной и выражающиеся в неудовлетворенности не только мышечным тонусом, но и жизнью в целом («жизненным тонусом»), делают вполне оправданным обозначение такой астении как «витальной» (Циркин С. Ю., 2012).

По мере прогрессивного течения заболевания, на фоне нарастающей слабости и усиления чувства «недомогания», неврозоподобные расстройства приобретают характер гиперестетической астении, т.е. повышенной чувствительности как к внешним раздражителям (чувство нехватки воздуха, головные боли при изменении температурного режима, переменах атмосферного давления), так и к патологическим телесным ощущениям.

3. Расстройства самосознания соматического Я (нарушение чувственного осознания соматического Я), т.е. соматопсихическая деперсонализация (феномен отчуждения чувства тела).

4. Соматоформные расстройства, о которых подробно говорилось в главе 2.

Прогрессирование симптомов астении завершается обычно к 7—10 году активного периода болезни, при этом изменения личности остаются минимальными.

В период наступившей стабилизации состояния происходит редукция коэнестезиопатических расстройств. В клинической картине на первый план вновь, как и на продромальном этапе заболевания, выступают явления астении, но уже в форме негативных изменений. Формируется аутохтонная астенция с нарушением самосознания активности (Кронфельд А., 1940): отсутствуют побуждения к деятельности, наблюдаются расстройства в когнитивной сфере (непреходящая умственная усталость, сопряженная с трудностями осмысления прочитанного и расстройствами памяти), изменения общего чувства тела с телесными сенсациями (ощущения необычной физической тяжести, утраты мышечного тонуса, общего бессилия).

Течение болезни (в отличие от варианта по типу ипохондрического развития) сопровождается неуклонным падением работоспособности; вялость и пассивность сочетаются с крайней чувствительностью к малейшему изменению сложившегося жизненного стереотипа. Любое непредвиденное задание надолго «выбивает из колеи»; из-за опасений ухудшения самочувствия (усиления астенической симптоматики) больные минимизируют объем служебных обязанностей и домашних дел, отказываются от общения даже в кругу семьи («астенический аутизм» по А. В. Снежневскому, 1974).

В целом негативные изменения нарастают исподволь, и постепенно на первый план выступает карикатурное заострение конституциональных патохарактерологических черт.

Происходит сужение круга интересов, снижение эмоциональной гибкости, нивелировка индивидуальных личностных черт. Появляются также признаки «фершробен» (Смулевич А. Б., 1988; Лукьянова Л. Л., 1989) с полиморфными психопатоподобными расстройствами, установлением «домашней тирании» с постоянными упреками в адрес близких, подчинением распорядка жизни всей семьи собственному, как правило, нелепому режиму. Отчетливы явления гиперестетического характера, представленные шизоастенией со снижением творческих способностей, тенденцией к самоощажению, ограничению работоспособности.

На завершающих этапах динамики заболевания формируется астенический вариант тонического дефекта (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008) или, иначе, астенический дефект с «соматопсихической хрупкостью» (Внуков В. А., 1937), с обостренной чувствительностью к малейшим изменениям сложившегося жизненного стереотипа. Даже при незначительных физических и психоэмоциональных нагрузках (просмотр кинофильма, общение с родственниками) возникают и/или усиливаются неприятные физические ощущения (чувство «тяжести» в голове, «стягивания» в затылке), сопровождающиеся нарастанием интенсивности

астенических расстройств (слабости, вялости, чувства «разбитости»). Малую общительность, недостаточную активность, некоторое охлаждение к близким больные сами объясняют своей «тяжелой болезнью». Выраженный астенический дефект сопрягается с полной утратой трудоспособности. Но в отношении всего, что связано с ипохондрическими переживаниями, сохраняются и эмоциональность, и заинтересованность, и активность, и контактность — больные требуют обследований, лечения, подробно и достаточно эмоционально описывают ощущения.

Таким образом, в картине этого варианта болезни преобладают многообразные висцеро-вегетативные расстройства и телесные сенсации алгического характера, которые заведомо превосходят боли при соматических заболеваниях. Отмечается динамический характер ощущений («внутри скручивается, собирается» или «разбухает, расширяется, вытягивается»), приобретающих доминирующее значение и сопровождающихся тревожными опасениями тяжелого недуга. Динамика заболевания отражает его процессуальную основу: патологические телесные сенсации видоизменяются от алгий к сенестезиям с последующей трансформацией в рудиментарные сенестопатии; истерические и/или обсессивно-фобические ипохондрические проявления редуцируются и стереотипизируются, а в дальнейшем постепенно формируется астенический дефект.

4. Конверсионно-диссоциативный синдром

В американской классификации DSM-IV термины диссоциативный и конверсионный имеют разное значение: понятие «конверсионное расстройство» используют для определения тех психологически детерминированных нарушений, которые проявляются соматическими (главным образом неврологическими) симптомами, а понятие «диссоциативные расстройства» относится к психопатологическим проявлениям. В МКБ-10 понятия «диссоциативные» (лат. *dissociatio* — разделение, разъединение) и «конверсионные» (от лат. *conversion* — изменение) расстройства тождественны.

В настоящее время под конверсионно-диссоциативными феноменами понимают истерически помраченное сознание (обмороки, припадки, амнезия, фуги), а также двигательные (параличи, парезы, гиперкинезы, контрактуры, астазия-абазия), сенсорные (анестезия, гипестезия, гиперестезия) и вегетативные истерические симптомы.

Основным патогенетическим механизмом невротических диссоциаций и конверсий является дезинтеграция — по преимуществу бессознательный процесс, разделяющий психические процессы на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей и вызывает разнообразные расстройства функционирования организма и психики при отсутствии соответствующей органической патологии; она может носить как непсихотический, так и психотический характер.

В отличие от конверсионно-диссоциативных расстройств невротической природы, при шизотипических расстройствах конверсионно-диссоциативные явления характеризуются отсутствием психогенеза, «оторванностью» от внешних обстоятельств, а также некоторыми особенностями клинической картины и динамики состояния, что делает правомочным предположение об иных, чем при невротических состояниях, патогенетических механизмах этих расстройств и их близости к расстройствам шизофренического спектра.

Встречается чаще у девочек с преморбидной истероидной акцентуацией (Личко А. Е., 1983; Даниленко О. А., 2011).

При конверсионно-диссоциативном синдроме в рамках шизотипических расстройств некоторыми авторами (Гиндикин В. Я., 1997; Смулевич А. Б., 1987) выделяется три основных этапа развития заболевания.

Начальный этап характеризуется клиническим разнообразием, яркостью, лабильностью истерических проявлений. Пациентов отличают склонность принимать желаемое за действительное, фантазирование до состояния экзальтации, стремление удивлять окружающих неожиданными выдумками.

На втором этапе имеет место кульминационное развитие истериформной симптоматики с яркими, пышными, гротескными проявлениями — ощущение «спазма в горле», припадки со слезами и рыданиями по ничтожному поводу, внезапное онемение конечностей и т. п., которые в сочетании с развязностью поведения, расторможенностью влечений, лживостью, бродяжничеством приближаются к гебоидным расстройствам. При этом истериформная симптоматика не имеет непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией или же не устраняется после ее разрешения, приобретая массивный, утрированный характер. Пациент демонстрирует истериформную симптоматику, не отслеживая при этом реакции окружающих, не пытаясь играть на публику, не преследуя никаких меркантильных целей.

Истериформная симптоматика принимает гротескные, утрированные формы, при этом отмечается:

1) наличие сложных связей истерических расстройств с фобиями, навязчивыми влечениями, яркими овладевающими кататимно окрашенными представлениями (о «необыкновенной любви», идеальных взаимоотношениях с объектом экстатических привязанностей), вспышками генерализованной тревоги и сенесто-ипохондрическими симптомокомплексами;

2) инертность истерических неврозоподобных проявлений — длящиеся месяцами контрактуры, гиперкинезы, стойкая афония, дисфагия, писчий спазм и др.;

3) обильное и рано начавшееся в структуре заболевания патологическое фантазирование, характеризующиеся отстраненным содержанием, напоминающим сновидения или грезы и носящее грубый,

вычурный и даже нелепый характер, с чувством охваченности, яркой визуализацией сценopodobных причудливых представлений пациента в глазах окружающих; при этом собственные фантазии принимаются за действительность, что приводит к серии неудач и разочарований;

4) постепенное сужение диапазона содержания фантазий, их переход на шизоидный полюс:

- усложнение и стереотипизация фантазий;
- усиление произвольности фантазий, их отвлеченный характер, нередко представляющий собой схемы, маршруты, причудливые малопонятные игры, математические построения, «научнообразное» творчество;
- больной чаще не зритель, а участник своих фантазий;
- появление стойких агрессивных и садистических фантазий;

5) возможность трансформации патологического фантазирования в бред воображения (по Дюпре), который вытекает из склонности личности к фантазированию, к спонтанной ассоциации идей и образов, приводящей к новым построениям и комбинациям; возникает остро («по интуиции, вдохновению, озарению»), а при более злокачественном течении заболевания — трансформируется в псевдогаллюцинации.

На этапе угасания истериформные проявления бледнеют, стереотипизируются, набор их становится все более бедным, приобретая характер монотонных штампов; выявляется диссоциированность всей психической жизни с немотивированным отказом от прежних привязанностей и интересов, переменой жизненного уклада.

5. Деперсонализационно-дереализационный синдром

До настоящего времени не решен вопрос о границах деперсонализационного феномена: под этим термином описываются различные расстройства, при которых вместо ожидаемых эмоций, сопровождающих процесс самовосприятия, возникают противоположные чувства, когда целостное восприятие себя и окружающего, взаимозависимости его составляющих замещаются ощущением несвязности, разобщенности (Циркин С. Ю., 2012). Не существует единой точки зрения относительно синдромологической принадлежности деперсонализации, неоднозначна ее оценка как позитивного или негативного расстройства.

В современной психиатрии отсутствует общепризнанная классификация явлений деперсонализации. Наиболее распространенной остается систематика, предложенная К. Naug еще в 1939 году, однако она не полностью удовлетворяет клиницистов. При этом к деперсонализации относят как неврозopodobные, так и явно психотические расстройства, в том числе, входящие в синдром Кандинского-Клерамбо.

Одна из основных причин сложившейся ситуации — особое, «промежуточное» положение деперсонализации в ряду психопатологических образований. Несмотря на то, что в современной классификации МКБ-10 синдром деперсонализации-дереализации включен в раздел F4

«Невротические и соматоформные расстройства», многие исследователи указывают, что деперсонализация возникает, в первую очередь, при шизофрении (Фридман Б. Д., 1934, Меграбян А. А., 1962; Воробьев В. Ю., 1971; Личко А. Е., 1989; Bleuler E., 1930; Scharfetter C., 1995). При этом отнесение деперсонализации к невротическим расстройствам подвергается сомнениям, а сам синдром рассматривается либо как расстройство, предшествующее бреду, либо как стадия его развития.

Относительно небредовых форм деперсонализации, которые относятся к области «малой» психиатрии, можно отметить следующее.

Деперсонализационный синдром обычно развивается на фоне пограничного (повышенная впечатлительность, эмоциональная неустойчивость, живость воображения, аффективная лабильность, уязвимость к стрессу) или шизоидного расстройства личности (замкнутость, избирательная чувствительность к внутренним конфликтам, холодность к окружающим). Таким пациентам свойственны гипертрофия и нестабильность сферы самосознания, проявляющаяся как в склонности к рефлексии, длительной ретенции впечатлений, так и в тенденции к формированию транзиторных деперсонализационных эпизодов — *deja vu* и др.

Преходящие явления деперсонализации и дереализации считаются характерными для подросткового возраста, выступая часто в качестве транзиторных симптомов при пубертатном кризе, при астено-ипохондрическом и обсессивно-фобическом синдромах или разных вариантах шизотипических расстройств. При этом:

а) в одних случаях отдельные деперсонализационные симптомокомплексы первоначально проявляются в структуре острых приступов тревоги (панические атаки с пароксизмально возникающим чувством измененности психических функций, страхом потери самоконтроля, т. е. сумасшествия);

б) в других — выступают в рамках симптомокомплекса тревожных руминаций («повторяющихся» навязчивых фобий) или тревожных сомнений ипохондрического содержания, при которых компонент навязчивости явно превалирует над сверхценностью;

в) в-третьих — присоединяются также к соматоформным и другим явлениям, протекающим в рамках шизотипических расстройств.

В качестве доминирующего синдрома деперсонализационно-дереализационные переживания в структуре шизотипических расстройств наблюдается крайне редко (Воробьев В. Ю., 1971), выступая в этом случае, с нашей точки зрения, в качестве позитивных расстройств.

В дебюте заболевания преобладают явления **невротической деперсонализации** в трех основных психических сферах (восприятие, мышление, эмоции):

- обостренное самонаблюдение (рефлексия);
- жалобы на потерю «чувственного тона»;
- исчезновение яркости и четкости восприятия окружающего.

Постепенно развивается клиническая картина **сверхценной деперсонализации**, которая определяется явлениями отчуждения, выступающими в различных сферах самосознания (ауто-, алло- и соматопсихическая деперсонализация). В целом это кумулируется в форме снижения витальности, инициативы и активности.

При деперсонализационных переживаниях больные настойчиво, даже назойливо, изо дня в день, из месяца в месяц в форме достаточно путанных и малопонятных жалоб сообщают о наличии у себя чего-то незнакомого и нового, причем они осознают, что причина изменений кроется в них самих.

Деперсонализация в этом случае представлена следующими вариантами:

Проявления аутопсихической деперсонализации

1. Отчуждение восприятия целостности, единства своего «Я»: замена чувства взаимосвязи, гармонии, упорядоченности и последовательности ощущением бессвязности и разобщенности, расщепленности, рассогласованности и дезавтоматизации. В результате события воспринимаются как оторванные друг от друга, не имеющие общей канвы. У больных возникает ощущение, что все действия, поступки, речь, движения совершаются как бы автоматически, помимо собственной воли, они воспринимаются как отчужденные, осуществляемые как бы не ими, а другим лицом. При усилении этого нарушения возникает чувство утраты представлений о единстве и границах «Я», растворенности в окружающем, потери индивидуальной специфичности, изменение восприятия активности, проявляющееся в ощущении раздвоения: больные отмечают, что в них как бы параллельно существуют две личности, два ряда душевных процессов развиваются одновременно. При максимальном развитии состояния у больных возникает чувство, что они исчезают, превращаются в «ничто», «пустоту», «точку» и т. п. Искажение чувства целостности и имеющаяся в силу этого разрозненность восприятия может имитировать диссоциативное сужение или выпадение полей зрения (без истинного их нарушения), когда больные жалуются на неспособность видеть предметы целиком, вследствие чего приходится переводить взор с одной части предмета на другую, чтобы осмотреть его во всей полноте (Циркин С. Ю., 2012).

2. Отчуждение дифференцированных эмоций — изменение своего эмоционального мира: ощущение эмоциональной недостаточности, «неспособности переживать, любить, ненавидеть», снижения или даже «потери» чувств к людям, событиям, природе, способности к радости или печали, своих возможностей переживать, своей рефлексии, — что воспринимается как проявление неполноценности и недостаточности, субъективно затрудняющее понимание других людей. Дальнейшее развитие психической анестезии характеризуется появлением мучительного чувства утраты эмоций (обида, сострадания, привязанности или радости), потери

эмоционального резонанса — больные субъективно переживают полное бесчувствие к близким людям, утрату способности ощущать удовольствие и неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть, образно называют себя «живыми трупами». Сюда же следует отнести и некоторые жалобы на «утрату» или «прерывистость» чувства времени (больной видит движение часовых стрелок, но время для него застыло на месте) с переживанием неподвижности, отсутствием перемен. Время может казаться лишенным сколько-нибудь субъективно значимого эмоционального наполнения, «пустым». В то же время, как отмечает С. В. Циркин (2012), в этом случае, несмотря на жалобы об отсутствии эмоций, их реальная сохранность подтверждается поведением пациентов.

3. Отчуждение идеаторных форм самосознания: восприятие себя в целом не таким, как прежде, сознание измененности себя, своего внутреннего мира, психического функционирования (памяти, мышления) с ощущением умственного и духовного оскудения, «тумана» и «пустоты» в голове, «отупения», «поглупения» и «интеллектуальной неполноты восприятия». В результате пациенты воспринимают себя полностью лишенными собственного мировоззрения, взглядов, суждений, превращенными в безликих личностей. Они свое поведение находят «неестественным», «наигранным», что делает их «чужими среди людей», затрудняет общение с ними, отчуждает их. При развитой картине нарушения аутопсихики объективно возникает расстройство способности к социальным коммуникациям.

Проявления соматопсихической деперсонализации

1. Отчуждение восприятия своего физического «Я» (при этом отмечается «чуждость» восприятия собственного лица, отраженного в зеркале, что сразу обращает на себя внимание пациента своей субъективной неадекватностью), ощущение омертвелости собственного тела или его частей.

2. Ощущение неполноценности функционирования тех или иных сенсорных функций (утрата телесных чувств), когда собственные психические и физиологические процессы начинают сопровождаться ощущением чуждости (например, в слуховой модальности, в результате чего звуки тускнеют).

Проявления аллопсихической деперсонализации (дереализации):

1. Ощущение измененности и отчуждения окружающей реальности, отгороженности от нее, чувство безжизненности застывшего окружающего мира («люди как манекены»), его нарисованности, блеклости, «расплывчатости».

2. Ощущение «тумана», «невидимой пелены» или «сетки», «незримой стены» и т.п. между собой и окружающим; восприятие происходящего как во сне или как нереального (призрачного) при одновременном рациональном осознании мира как реально существующего.

Жалобы могут включать даже «ослабление зрения», «расплывчатость границ предметов» при одновременном чувстве больного, «будто сон еще не совсем кончился и хочется протереть глаза, чтобы окончательно проснуться и лучше видеть» (Циркин С. Ю., 2012). Характерно, что деперсонализационные чувства оцениваются с дополнением «как будто», отражающим критическое отношение и понимание субъективности переживаемого.

Восприятие знакомой обстановки с ощущением ее непривычности, чуждости составляет сущность феномена «никогда не виденного». Обратное искажение представляет собой часто наблюдаемые феномены «уже виденного» или слышанного, пережитого. В некоторых случаях возможно возникновение деперсонализационного ощущения присутствия постороннего или «олицетворенная осознанность», при которой больной чувствует то же самое, что и при чем-то реальном взгляде на себя, прекрасно зная при этом, что за его спиной никого нет.

Объективно предъявляемые больными жалобы не подтверждаются: пациенты обычно могут хорошо описать то, что им «не удастся» понять, логично и четко излагают свои мысли, их жалобы на невозможность замечать нюансы происходящего означают, что они прекрасно осведомлены об этих деталях окружающего (Циркин С. В., 2012).

В целом при шизотипических расстройствах деперсонализационный синдром, определяющий клиническую картину заболевания, чаще всего касается преимущественно аутопсихической деперсонализации (в той ее части, которая имеет отношение к идеаторной форме самосознания). Деперсонализационные проявления выступают чаще всего в тесной взаимосвязи с ипохондрическим самоанализом. Явления дереализации и соматопсихической деперсонализации выражены при этом менее заметно.

При неглубоком уровне аффективных нарушений (дистимия, истероидная дисфория) преобладают парциальные анестетические расстройства: отстраненное восприятие предметной реальности, отсутствие чувства присвоения и олицетворения, ощущение потери гибкости и остроты интеллекта.

По мере обратного развития депрессии отмечается тенденция к редукции деперсонализационных расстройств, хотя и в ремиссии нарушения самосознания полностью не исчезают. Периодически в связи с внешними воздействиями (переутомление) либо аутохтонно происходит экзацербация деперсонализационных феноменов (восприятие собственного лица, отраженного в зеркале, как чужого, отчуждение окружающей реальности, тех или иных сенсорных функций).

Очень редко расстройства восприятия имеют «обратный знак», когда вместо отчужденности больными испытывается субъективная сопричастность ко всему происходящему вокруг, которое воспринимается необычно ясно, живо. В этом случае собственные мыслительные способности кажутся более заостренными, чем на самом деле (это могут

понимать и сами больные), появляется ощущение слишком большой четкости восприятия (Schilder P., 1928), ощущение своей необычности, избранности, наличия у себя таланта проникать глубоко в чувства и переживания других (реперсонализационные феномены по В. М. Воловику (1980), явления «гиперперсонализации» как антоним деперсонализации по А. Б. Смулевичу (2005), «дыхания жизни» в неодушевленных предметах по С. Ю. Циркину (2012). Обычно таким феноменам соответствует гипоманиакальный фон.

По минованию юношеского периода, к возрасту зрелости (как правило, к 30 годам) деперсонализационные проявления начинают редуцироваться. Течение болезни имеет чаще склонность к прогредиентности за счет развития негативных изменений личности в рамках формирования шизофренического дефекта (астенический тип), а также — стойких резидуальных состояний, или, в редких случаях (при психотической шизофрении) — психотических синдромов.

При относительно благоприятном течении заболевания, несмотря на то, что деперсонализационные проявления при этом варианте часто тесно переплетаются с изменениями личности шизофренического типа (астенический дефект), сами деперсонализационные симптомы феноменологически все же характеризуются преимущественно субъективно переживаемым чувством утраты собственной индивидуальности, близким к утрированным проявлениям пубертатного криза.

Необходимо отграничивать деперсонализацию субпсихотического уровня от бредовых расстройств самосознания. В отличие от последних, при которых всегда отсутствует критика, при этом типе деперсонализации она сохраняется, хотя и бывает часто неполной вследствие развивающихся изменений личности и явлений ипохондрического самоанализа. В связи с внешними воздействиями либо аутохтонно происходит эскалация деперсонализационных феноменов.

В случае же несколько более прогредиентного течения аутохтонного процесса трансформируются и деперсонализации (хотя явления психического отчуждения в принципе обратимы), представляя в этом случае уже не искажение эмоций, а структуру дефицитарных изменений — дефектную деперсонализацию. На первый план при дефектной деперсонализации выступает «чувство неполноты», распространяющееся как на сферу эмоциональной жизни, так и на самосознание в целом. Проявления дефектной деперсонализации следующие:

- жалобы больных на измененность, «отупение», примитивность, отсутствие прежней душевной тонкости все в большей степени начинает соответствовать объективному характеру эмоциональной обедненности пациентов. В этом случае имеется не нарушенное самосознание, а «адекватное фиксирование больным реально произошедших психических изменений у него самого» (Циркин С. Ю., 2012);

- отсутствуют переживания неадекватности перемен в эмоциональной сфере, больные стремятся рационально их обосновать, заявляя: «а зачем нужно волноваться?» (Циркин С. Ю., 2012);
- отчуждение чувства связи с людьми, выступавшее прежде в картине аутопсихической деперсонализации, теперь уступает место истинным затруднениям общения: трудно войти в новый коллектив, уловить нюансы ситуации, прогнозировать поступки других людей;
- необходимость больных постоянно «подстраиваться» под общее настроение, следовать за ходом мысли собеседника.

Явления дефектной деперсонализации, наряду со свойственными большинству больных шизофренией изменениями личности, в ряде случаев сопровождаются формированием **ипохондрического (постпроцессуального) развития**, определяемого в связи с постоянным недовольством больных своей психической деятельностью как «моральная ипохондрия».

Пациенты целиком концентрируются на анализе оттенков психических процессов. Несмотря на частично восстанавливающиеся адаптационные возможности, всячески подчеркивают тяжесть причиненного болезнью ущерба, жалуются на неудовлетворительное качество своего мышления и других психических процессов, воспринимая собственную психику как «нарушенную», «неполноценную».

На первый план выступает настойчивое, достигающее степени одержимости стремление восстановить прежнее психическое функционирование, во что бы то ни стало побороть болезнь или не допустить ее дальнейшего прогрессирования. При этом обнаруживается готовность к испытанию психотропных средств последних поколений, новым обследованиям и нетрадиционным методам лечения (Смулевич А. Б., 2009в).

Параллельно с развитием дефектной деперсонализации у больных нарастают личностные шизоидные изменения, появляются признаки ригидности мышления, снижение критических функций, при этом дефект проявляется, как правило, в наличии шизоастении.

6. Псевдоастенический синдром

Эта форма шизотипического расстройства, особенно в начале заболевания, может представлять большие трудности в отношении дифференциального диагноза с неврастенией, для которой характерны жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, снижение профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах, невозможность сосредоточиться и непродуктивность мышления, раздражительность, ангедонию и небольшую степень подавленности и тревожности. Однако последующее развитие астенической симптоматики характеризуется принципиально иной, чем при неврастении, динамикой.

Проблема клиники и прогноза специфичных для юношеского возраста состояний астении (с картиной «ювенильной астенической несостоятельности», синдромом отказных состояний) остается недостаточно изученной. Первое подробное описание, отмечавшее, главным образом, необоснованное падение психической продуктивности, было дано в 1936 г. М. Burger (цит. по Олейчик И. В., 1997). Эти состояния оценивались автором как нозологически неспецифичные, возрастные, наблюдавшиеся не только при шизофрении, но и при неврозах, психопатиях. В современной литературе проблема нозологической принадлежности данных состояний до сих пор остается предметом дискуссий.

Больные жалуются на затруднение, а порой и невозможность восприятия и переработки информации (прежде всего, вербальной), «неулавливание» логической взаимосвязи между отдельными словами или фразами во время прослушивания или чтения, «несхватывание» общего смысла текста, «неспособность» выделить главное из второстепенного, «невозможность» додумать мысль до конца, построить элементарную логическую цепочку.

Чаще всего они говорят о том, что не могут «выделить главный смысл из прочитанного», «понимаю часть, но не понимаю целого; или вообще не понимаю прочитанного; задумываюсь, отчего это происходит, после чего понимание становится еще более плохим», «смотришь в книгу — видишь фигу». Больные чувствуют себя поглупевшими или неполноценными. Все это приводит к затруднениям в восприятии и осмыслении учебного материала и, как следствие — к несостоятельности в учебе.

Наряду с идеаторным расстройством, наблюдаются интерференция реакций в двигательной сфере, утрата автоматизированных навыков, неуверенность при различении положительных и отрицательных эмоциональных стимулов, представлений, восприятий. Общим знаменателем всех этих нарушений является неспособность к подавлению конкурирующих тенденций. При дезавтоматизации повседневные, привычные движения и действия не могут совершиться без фиксации на них внимания и требуют волевых усилий.

Одни исследователи, подчеркивая аффективный «аккомпанемент» этих состояний, рассматривают их как атипичные астено-апатические депрессии юношеского возраста, возникающие в рамках аффективного заболевания. Наблюдаемые при них нарушения мышления оцениваются авторами как проявления аффективно обусловленной идеаторной заторможенности. И. В. Олейчик (1997) обосновал гипотезу о том, что ядром симптомокомплекса юношеской астенической несостоятельности (протекающей в рамках циклотимии, искаженного пубертатного шизофренического криза или шизотипических расстройств) являются именно депрессии, носящие в этих случаях атипичный характер, что проявляется гипертрофией идеаторного компонента (когнитивные нарушения) при выраженной рудиментарности тимического и моторного.

Другие исследователи (Воловик В. М., 1979; Мазаева Н. А., Абрамова И. В., 1981; Барзах Е. Н., 1984, 1986; Северный А. А., 1985; Личко А. Е., 1989) однозначно относят такие состояния к расстройствам шизофренического спектра, считая, что в их основе лежат своеобразные (когнитивные) нарушения, приводящие к расстройствам мышления и проявляющиеся в нарушении концентрации внимания, резком снижении продуктивности и деятельности.

А. А. Северный и А. А. Румянцева (1984), изучавшие эту психическую патологию среди студентов вузов, пришли к заключению, что этот синдром является чаще всего **аутохтонным (эндогенным)**, но не обладает нозологической специфичностью.

Таким образом, отмечая преимущественно юношеский (до 25 лет) возраст появления этих состояний и их аутохтонный характер, исследователи не пришли к единому мнению о том, к какому полюсу (шизофреническому или аффективному) они ближе, часто рассматривая их как находящиеся в определенном «родстве» с каждым из этих полюсов.

В то же время диагностика этих состояний, возникающих в юношеском возрасте (когда для подростка чрезвычайно актуальным является формирование социальных установок, жизненного стереотипа и выбор целей существования), представляется важной с точки зрения адекватных лечебных, психолого-коррекционных и реабилитационных подходов.

Важную роль в изучении данных состояний сыграли исследования J. Glatzel и G. Huber (1968), посвятивших целую серию работ вопросам феноменологии и течения «синдрома эндогенной ювенильной астенической несостоятельности». Рассматривая данный синдром как «предвестник шизофрении», авторы выделили обязательную для него триаду симптомов: сенестопатии, деперсонализация и нарушения мышления. Авторы считали, что данные состояния феноменологически идентичны «чистому дефекту» G. Huber, но, в отличие от последнего, они относительно обратимы.

Рассматривая его в рамках шизофренических расстройств, А. Б. Смулевич (2007б) считает, что «почвой» в этих случаях оказываются негативные изменения по типу астенического дефекта, а провоцирующим фактором — повышенная интеллектуальная нагрузка (подготовка к экзаменационной сессии, завершение дипломной работы и т.д.).

На продромальном этапе заболевания превалируют явления гиперестетической астении — интенсивное ощущение утомления, сенсibilизация к нейтральным в норме раздражителям, алгии, нарушения сна (прешизофреническая астения по В. А. Гиляровскому, 1935).

При начальных проявлениях заболевания клиническая картина носит неспецифический характер и выражается в тотальной астении.

Характерно преобладание явлений аутохтонной (не связанной с умственными или физическими перегрузками) астении, протекающей с отчуждением самосознания активности. Отмечается повышенная

утомляемость: доминируют слабость, разбитость, ощущение утраты мышечного тонуса, необычной физической тяжести, «ватности» во всем теле.

Больные предъявляют жалобы на «нервное истощение», разбитость, плохую память, рассеянность и трудности осмысления материала, прогрессирующее падение успеваемости, наиболее отчетливо выступающее в период экзаменационных сессий, резкое снижение активности (побуждений, интересов), ослабление инициативности и энергичности, что приводит к заметному уменьшению продуктивности, так как при отдыхе силы восстанавливаются медленно и работа, требующая напряжения, внимания, выполняется с трудом.

Падение активности охватывает как идеаторную (выраженная умственная утомляемость), так и соматопсихическую сферы.

В идеаторной сфере, прежде всего, доминируют когнитивные нарушения, проявляясь в рассеянном внимании, снижении его концентрации, в результате чего затруднено запоминание нового и воспроизведение необходимого в данный момент материала, а также в расстройстве мышления, что приводит к нарушению целеполагания, выраженных затруднениям при умственной деятельности, дезавтоматизации интеллектуальной деятельности.

Иногда на этом фоне обнаруживаются интенциональные расстройства мышления: непроизвольное возникновение посторонних, не относящихся к делу мыслей, воспоминаний (ментизм), часто в виде чувственных ярких представлений, «обрывов», «отключений», «параллельности» мыслей, хаотического их движения вплоть до полного сумбура и даже неспособности к речевому контакту, что некоторые авторы относят к так называемым «малым идеаторным автоматизмам». Именно интенциональными расстройствами мышления определяется столь тягостное для этих больных переживание интеллектуальной несостоятельности.

В соматопсихической сфере преобладает синдром витальной астении с головными болями и нарушением сна, который становится поверхностным, неосвежающим при замедлении засыпания, разнообразные вегетативные расстройства (в некоторых случаях на первом плане — явления физического бессилия, приобретающие форму нарушения общего чувства тела).

В дальнейшем астенические состояния иногда обрастают проявляющимися на этом фоне затяжными стертыми гипотимическими астеническими депрессиями (снижение энергии, продуктивности и инициативы), которые внешне могут напоминать умственное переутомление, идеаторное торможение, а также — когнитивные расстройства (затруднения восприятия и переработки информации, маскируемые жалобами на рассеянность, вялость).

В результате в клинической картине этих состояний наблюдаются проявления обоих полюсов эндогенной диады: когнитивные расстройства (отражающиеся в нарушении мышления), с одной стороны, и атипичные аффективные расстройства — с другой.

При этом в одних случаях на первый план выступают внутреннее беспокойство, возбудимость, повышенная чувствительность и раздражительность, утрата психического равновесия и самообладания из-за любой мелочи, пустяка, с нетерпеливостью и постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке отдыха (усталость, не ищущая покоя), в других — истощаемость, повышенная утомляемость, слезливость в сочетании с сентиментальной восторженностью, гиперестезия — непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов.

Настроение становится лабильным. При малейшей удаче оно неадекватно повышается, при незначительной неудаче — безнадежно падает. Больные легко расстраиваются, становятся сентиментальными, слезливыми (эмоциональная слабость, недержание аффекта).

Особенность аффективных расстройств в этом случае заключается в наличии:

- 1) нечетких суточных колебаний состояния с улучшением умственной работоспособности к вечеру (витальное изменение аффективности);
- 2) соматовегетативных симптомов (снижение аппетита, расстройства сна, колебания веса тела, нестабильность артериального давления);
- 3) непродолжительных гипоманиакальных состояний, которые в одних случаях бывают гармоничными, а в других — с признаками смешанного и дисфорического аффектов (по типу «Unlust» с недовольством собой и окружающими, угрюмостью, раздражительностью, злобностью, включающими, наряду с подавленностью, скуку, безразличие, апатию, вялость, сопровождающиеся адинамией, снижением энергии и инициативы).

При этом фактически не прослеживается замедления мышления и речи. Отмечается практически полное отсутствие как выраженной ажитации (тревожного возбуждения с потребностью в непрерывном движении), так и двигательной заторможенности. Кроме того, наблюдается диссоциация между высказываемыми больными идеями самоуничтожения и малоценности, с одной стороны, и переоценкой собственной личности, представлением о своей избранности и исключительности — с другой.

На этом фоне психогенно, соматогенно или аутохтонно могут возникать очерченные астенопатические или астенодепрессивные состояния, так что психический статус напоминает негативные изменения по шизофреническому типу, сходные с редукцией энергетического потенциала (по Conrad K. , 1958), которая, с точки зрения С. Ю. Циркина (2012), отражает лишь недостаточную интенсивность эмоциональных процессов и, в первую очередь, эмоционального компонента влечений и побуждений.

Отмечается полиморфизм клинической картины, проявляющийся в «дополнительном» сочетании описанной выше симптоматики с различными психопатологическими расстройствами:

- незначительно выраженными сверхценными образованиями пубертатного содержания типа «юношеской метафизической интоксикации»;

- массивными, вычурными сенестопатиями, никогда, впрочем, не сопровождающимися переживанием сделанности;
- стойкими ипохондрическими (дисморфофобическими) сверхценными идеями, не достигающими, однако, степени бреда;
- навязчивыми (обсессивными), психастеноподобными, соматоформными расстройствами.

В некоторых случаях отмечается снижение критичности больных с уменьшением рефлексии и возможности анализа наступивших с ними перемен.

Течение при астеническом синдроме, протекающем в рамках аутохтонного непсихотического расстройства, как правило, длительное. Важно отметить и ундулирующий характер течения заболевания, с размытостью границ и волнообразностью выраженности клинических проявлений, колебанием интенсивности когнитивных нарушений, вплоть до полного их исчезновения в ситуациях, не требующих усиленной интеллектуальной деятельности, с возвратом к прежней выраженности расстройств. При этом возможны обострения в форме аутохтонных, сезонных или экзогенно спровоцированных аффективных (циклотимоподобных) фаз, приближающихся по своим проявлениям к анергическим депрессиям с угнетенным, мрачным настроением, ангедонией и явлениями отчуждения (чувство безучастности, отстраненности от окружающего, неспособности испытывать радость, удовольствие и интерес к жизни).

На завершающих этапах процесса (период стабилизации) может иметь место усложнение позитивных расстройств, без их выхода, однако, за рамки неврозоподобных, сверхценных и психопатоподобных регистров. Одновременно к этому этапу течения заболевания формируются дефицитарные изменения личности.

У одних больных они ограничиваются явлениями астенического дефекта (проявления шизоастении, по Еу Н., 1955) с признаками нажитой шизотимии, парциального ювенилизма: легкого эмоционально-волевого обеднения, нарастания отгороженности, астенической аутизации личностных установок и недостаточной мотивированности эмоционального реагирования, личностных расстройств тревожного типа в виде рефлексии, склонности к самоанализу, при одновременно имеющихся элементах амбивалентности и снижении критичности мышления.

В других же случаях могут наблюдаться признаки дистонического дефекта: нарастание изменений личности по шизофреническому типу и социально-трудовая дезадаптация.

В плане дифференциальной диагностики следует отметить, что похожие расстройства могут встречаться при циклотимии. Однако при аффективных расстройствах отмечается доминирование когнитивных расстройств по типу «идеаторного торможения», которое обуславливает расстройство концентрации внимания и занимает ведущее место в

клинической картине: замедление темпа мыслительных процессов, уменьшение количества представлений и идей; рассеянность, трудности концентрации внимания, сосредоточения, невозможность осмыслить и запомнить прочитанный текст, затруднение при подборе слов и определений в разговоре, затруднения при формулировании мыслей.

Анализируя наступившие перемены в мышлении, пациенты указывают на его тугоподвижность, «инертность», говорят о «медленных», «уставших» мыслях, часто подчеркивают появление ощущения пустоты в голове, хотя выраженной психической заторможенности у них не выявляется. Депрессивные переживания отличается простота аффекта, относительная гармоничность депрессивной триады, мономорфность синдромальной картины. Здесь чаще удается выявить суточные колебания состояния, характерные для аутохтонных депрессий нарушения сна и аппетита.

По минованию депрессивного состояния полностью редуцируются все болезненные когнитивные проявления, не изменяется структура личности, практически восстанавливается трудоспособность. В трети случаев имеется тенденция к одноприступному течению в виде описанной, единственной в юношеском возрасте, затяжной депрессивной фазы, в остальных — бывают повторные аффективные фазы (чаще с течением по монополярно-депрессивному типу и реже — по биполярному типу).

Отличие юношеских состояний несостоятельности от «классических депрессий» заключается в том, что в последнем случае «депрессивная триада» является гармоничной и отсутствует рудиментарность тимического и моторного компонента. Отличаются также юношеские состояния несостоятельности и от так называемых «юношеских депрессий», при которых также, с одной стороны, более гармонично представлена «депрессивная триада», а с другой — наблюдается доминирование в клинической картине психосоматических (астено-ипохондрических, дисморфофобических) и поведенческих (психопатоподобных) нарушений.

ГЛАВА 3

СУБПСИХОТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ НЕВРЗОПОДОБНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Неврозоподобная симптоматика, проявляющаяся при неврозоподобных (продуктивных) непсихотических шизотипических расстройствах, в ряде случаев имеет тенденцию к «продвижению» в сторону психотического регистра заболевания, проявляясь в форме субпсихотических нарушений. Ниже приводится наиболее характерный «таксис» такой динамики психопатологических проявлений заболевания.

Таблица 1

Соотношение клинических вариантов неврозоподобных шизотипических расстройств с возникающими в процессе динамики течения заболевания субпсихотическими его проявлениями

№/№ п/п	Клинические особенности шизотипических расстройств	Субпсихотические проявления и их последующая трансформация
1	Обсессивно-фобический синдром	Аверсивность (отвергаемость, неприязненность с чувством отвращения) тревожных переживаний при одновременной их спаянности с кратковременными симптомами психотического регистра (F 23.2), а также наличие субсиндромальных нестабильных галлюцинаторных, бредовых или кататонических явлений (F 23.1) — вплоть до появления отдельных признаков F 20.
2	Дисморфофобический синдром	Дисморфоманический бредовой синдром (F 22.8), — вплоть до появления отдельных признаков F 20.
3	Небредовой ипохондрический синдром	Ипохондрическая или коэнестезиопатическая паранойя (F 22.0), — вплоть до появления отдельных признаков F 20
4	Конверсионно-диссоциативный синдром	Генерализованные (преимущественно диссоциативные) истерические расстройства (истерический психоз): помрачение сознания, галлюцинации воображения Дюпре с мистическими видениями и голосами, двигательное возбуждение или ступор, судорожные истерические пароксизмы (F 23.9) — вплоть до появления отдельных проявлений кататонической шизофрении (F 20.2) или параноидной шизофрении (F 20.0)
5	Деперсонализационно-дереализационный синдром	Явления болезненной анестезии (лат. <i>anaesthesia psychica dolorosa</i>) с превалированием аутопсихического характера переживаний (F 23), — вплоть до отдельных явлений бредового расстройства самосознания (F 20.0).
6	Псевдоастенический синдром	Значительный полиморфизм клинической картины, проявляющийся в сочетании различных психопатологических расстройств: кратковременных эпизодов острой деперсонализации и дереализации, гипнагогических и рефлекторных галлюцинаций, рудиментарных сенситивных идей отношения, эпизодов тревоги, с возникновением (на высоте ее) ощущения надвигающейся катастрофы, сопровождающегося порой растерянностью (F 23), — вплоть до появления отдельных признаков шизофрении (F 20)

1. Субпсихотические обсессивно-фобические феномены

«Микropsихопатологическое изучение» (Pfohl B., Winokur G., 1983) субпсихотического усиления шизофобических расстройств обнаруживает следующие особенности клиники.

1. Своеобразие расстройства мышления (Павличенко А. В., 2007) начинается проявляться в отчетливой двойственности и относительности критики к собственным переживаниям и поведению: она присутствует, хотя и в неполной степени, в спокойном состоянии, но исчезает на высоте переживаний.

2. Характерным свойством тревожно-фобических проявлений становится флотирующий («цепляющийся» к чему-то) характер тревоги, стимулируемый широким кругом малозначительных аверсивных (имеющих вредные свойства) внешних стимулов.

Одно из наиболее интересных объяснений этого феномена состоит в том, что нарушение стратегий преодоления (копинга) у этих больных включает в себя затруднение фильтрации внешних стимулов с невозможностью их отсеивания в зависимости от уровня субъективной значимости. Следствием этого является ситуационная тревожная реакция в любых мало-мальски незнакомых или затруднительных ситуациях, проявляющаяся развернутой тревожной симптоматикой (Pitch R. J., Bermanzohn P. C., Siris S. G., 2001).

3. Отмечается своеобразие пароксизмальной тревоги, которую больные характеризуют как «смертельный страх», «ужас» (от английского «terror») вместо традиционного для чисто невротических расстройств определения ее как «паника» (Pitch R. J., Bermanzohn P. C., Siris S. G., 2001). В качестве ключевого признака для выявления тревожного синдрома в статусе пациента учитываются характерные соматические симптомы тревоги: чувство сердцебиения, холодный пот, нехватка воздуха и удушье, комок в горле и др.

Интеграция тревоги иногда может достигать степени «полного растворения» в психических переживаниях больного, а итоговая клиническая картина характеризуется гиперболизированной взбудораженностью, не соответствующей интенсивности других составляющих психического состояния.

4. Характерной особенностью является тесная «спаянность» тревоги с возникающими на ее высоте кратковременными эпизодами обманов восприятия, сенситивными идеями отношения, элементами бредовых идей ущерба и преследования.

5. Как отмечают М. В. Железнова и Е. В. Колюцкая (2007), с течением болезни защитные ритуалы приобретают черты, свойственные расстройствам бредового уровня, о чем свидетельствует появление патологической убежденности в необходимости выполнения ритуалов и полного отказа от борьбы с ними. В ряде случаев динамика обсессивно-компульсивных расстройств характеризуется отщеплением двигательных навязчивостей

(компульсий) от идеаторной составляющей (обсессии), при этом компульсии становились монотонными, стереотипными, напоминающими кататонические феномены. Однако, как представляется, такая трансформация обсессивно-компульсивных расстройств свидетельствует, скорее, о необходимости их рассмотрения в рамках параноидной шизофрении.

В ряду субпсихотических состояний следует отметить те из них, которые по своему характеру приближаются к галлюцинаторной, бредовой и кататонической симптоматике.

Субсиндромальная галлюцинаторная симптоматика

В данном случае происходит замещение наиболее лабильных составляющих обсессивного синдрома обманами восприятия, относимыми многими к галлюцинаторным. Отдельные авторы (Miguel E. C., do Rosario-Campos M. C., Prado H. S. [et al.], 2000; Fontenelle L. F., Lopes A. P., Borges M. C. [et al.], 2008) предпочитают использовать в этом случае термин «сенсорные ОК-феномены», чтобы подчеркнуть их отличие от развернутого галлюциноза. Доминирующие на первых этапах болезни эмоционально насыщенные представления (например, образы кровавых сцен убийства), сопровождавшиеся «принятием невероятного за действительное» («навязчивости особого значения» по К. Jaspers, 1923), затем замещаются индифферентными для сознания образами (геометрические фигуры, предметы обихода).

К доминирующим обсессивно-компульсивным проявлениям заболевания могут также присоединяться неразвернутые галлюцинаторные феномены в виде «навязчивых галлюцинаций» (Seglas J., 1892), когда больные заявляют, что они «видят» слова, написанные на стене, в пространстве, на облаках, и могут их прочесть. При этом отмечается чувство исключительного назначения этих «слов».

Характерные особенности нарушений восприятия при шизообсессиях позволяют говорить об их своеобразии. Одной из таких особенностей является их транзиторный характер с резким переходом от нормального восприятия к искаженному, что имеет место при экспозиции провоцирующего тревогу стимула (Insel T. R., Akiskal H. S., 1986; Bürgy M., 2007; Fontenelle L. F., Lopes A. P., Borges M. C. [et al.], 2008). Высказываются гипотезы об общих механизмах обсессивно-компульсивных и сенсорных расстройств при шизофрении (Tibbo P., Warneke L., 1999).

Кроме того, обманы восприятия характеризуются следующими особенностями: конкретностью, психологической «выводимостью», «привязанностью» к содержанию овладевающих представлений, непосредственной связью с навязчивостями.

Существует особая форма течения заболевания, когда обсессивные проявления частично сопрягаются с субпсихотическими псевдогаллюцинаторными феноменами и явлениями психического автоматизма (Загороднова Ю. Б., 2010), которые варьируют в широких пределах, вплоть до «звучания мыслей» («Gedankenlautwerden» по

Wernicke С., 1906). Их точная психопатологическая квалификация, равно как и правомочность применения к ним понятия «галлюцинации», до настоящего времени является предметом дискуссии.

Важно подчеркнуть, что при этом варианте течения заболевания субсиндромальная псевдогаллюцинаторная симптоматика с формированием психических автоматизмов доминирует в клинической картине заболевания только в периоды резкого усиления obsessions.

Характерно особое, двойственное отношение пациентов к имеющимся у них психопатологическим расстройствам. С одной стороны, больными признается, что навязчивые мысли являются продуктом их собственного сознания (что отражает механизм, свойственный obsessivno-компульсивному расстройству), с другой — высказывается предположение о возможности внешнего влияния, нарушающего ход естественного мышления (черты психического автоматизма).

В этом случае:

а) помимо воли больного появляются ругательства и проклятия, которые приобретают характер звучащих фраз в форме «озвученных» контрастных мыслей, либо слышимых со стороны «обвиняющих» голосов, произносимых голосом либо самого больного, либо другого (чаще неизвестного) человека. В целом эти явления напоминают псевдогаллюцинации (Суханов С. А. 1904/1905, 1912; O'Dwyer A., Marks I., 2000);

б) «звучащие мысли» носят комментирующий характер — неліцеприятные утверждения, направленные на самого пациента, вплоть до появления феноменов, сопоставимых с императивными псевдогаллюцинациями: озвученные голосом больного приказы совершать нелепые действия ритуального характера, направленные на предотвращение возможного несчастья;

в) овладевающие представления контрастного или субъективно неприятного содержания объединяются в сознании с ощущением воздействия извне, чужеродного влияния, «вложенности», идеями о некой силе, насылающей пугающие образы, т. е. формируются по механизму психического автоматизма.

Таким образом, субпсихотическая составляющая симптомокомплекса навязчивых галлюцинаций является вторичной (по Е. А. Попову, 1941) по отношению к obsessivным явлениям.

Однако при этом, несмотря на псевдогаллюцинаторные и автоматизированные феномены, для подавляющего большинства изученных случаев не характерно формирование бреда воздействия. Не возникает предположений не только о цели возможного внешнего влияния, но также о его источнике и способе передачи. «Чуждость» obsessions проявляется преимущественно на уровне ощущений. Бредовое поведение в строгом смысле этого слова не формируется.

Преобладает защитно-ритуальное и избегающее поведение, более характерное для обсессивно-компульсивных расстройств. Защитное поведение может исчерпываться идеаторными ритуалами в форме попыток замены тягостных «чужих» мыслей и образов на субъективно приятные или нейтральные, а также многократным проговариванием «позитивных», успокаивающих утверждений.

Подчас защитно-ритуальное поведение включает не только идеаторные, но и двигательные ритуалы. С целью «борьбы» с воздействием совершаются сложные моторные акты, представляющие собой цепь повторных действий (подчас напоминающие грубо выраженные сложные моторные тикоидные феномены). При появлении контрастных мыслей и образов и сопряженного с ним ощущения воздействия любое начатое движение многократно повторяется вплоть до момента редукции псевдогаллюцинаторных, автоматизированных и обсессивных проявлений (компульсивные ритуалы).

Таким образом, несмотря на присутствие в клинической картине заболевания психических автоматизмов и галлюцинаторных расстройств, клинко-психопатологическая структура защитных действий исчерпывается мероприятиями, характерными для расстройств обсессивно-компульсивного круга.

Следует также отметить, что избегающее поведение, сопряженное с опасениями реализации контрастных обсессий и навязчивых хульных мыслей, усиленными наличием овладевающих визуализированных представлений и овладевающих желаний, косвенно свидетельствует о родстве контрастных навязчивостей с импульсивными влечениями. Контрастные навязчивости, сочетающие патологические овладевающие желания (непреодолимые влечения) со страхом реализации импульсов, представляются сложным психопатологическим образованием, квалификации которого адекватно определение «промежуточного» (между обсессивными и импульсивными) синдрома.

Субсиндромальная бредовая симптоматика

В некоторых случаях на высоте переживаний обсессивного характера отмечается феномен «принятия невероятного за действительное», ассоциированный с магическим мышлением («навязчивости особого значения» по Jaspers K., 1923). При этом в качестве «вредоносного» для больного может выступать не только физический, но и моральный факторы (моральное осквернение), по отношению к которым формируется разная степень убежденности в реальности их патологического влияния. Это сближает данные навязчивости с острыми бредовыми состояниями. В то же время относить их к бредовым феноменам нельзя, поскольку существует определенное критическое отношение к обсессивно-фобическим расстройствам, отсутствуют четкие концепции, объясняющие пути проникновения в организм чужеродных агентов, а также ипохондрический бред (Павличенко А. В., 2007).

При приступах, протекающих с преобладанием аффективных (депрессивных) расстройств, навязчивые идеи самообвинения принимают форму тревожных руминаций («пережевывание, повторение»), на высоте переживаний достигающих уровня бредовой убежденности; в контексте последних реализуется многократный перебор как прошлых, получающих негативную оценку поступков, так и возможных ошибочных действий в будущем. Больные вынуждены многократно возвращаться к месту, где, по их мнению, мог произойти несчастный случай (обсессии повторного контроля — Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., Иванов С. В., Андреев А. М., 1998), пытаются отыскать признаки случившегося несчастья, пятна крови, другие обличающие улики, нередко в неодушевленных предметах «различают» чей-либо изувеченный труп.

В ряде случаев обсессии доходят до бредоподобного «помешательства сомнений» — *folie du doute*, когда на фоне генерализованной тревоги с бессонницей и идеаторным возбуждением навязчивые сомнения резко усиливаются и генерализуются (Волель Б. А., 2003).

Но более характерны **обсессивно-бредовые переживания (обсессивный бред)**. Этот вариант синдрома определяется как своеобразный «гибрид обсессий и бреда», при котором внешний фасад обсессивных проявлений может скрывать за собой психотическое содержание, и в таком случае преобладает точка зрения о наличии коморбидной зависимости между невротическими проявлениями обсессивно-компульсивных расстройств и бредовой симптоматикой.

Нам же представляется, что в этом случае имеет место не коморбидная зависимость между непсихотическими и психотическими симптомами, а сращение навязчивых и бредовых феноменов, завершающееся образованием общих шизообсессивных (обсессивно-бредовых) симптомокомплексов (Завидовская Г. И., 1971; Масихина С. Н., 2001; Стась С. Ю., 2008; Yaryura-Tobias J. A. [et al.], 1997; O'Dwyer A., Marks I., 2000). О феноменологической близости обсессивных и бредовых идей говорит И. В. Щербакова (2008).

Таким образом, можно говорить о едином (обсессивно-бредовом) симптомокомплексе, интерпретируемом как «обсессивный бред» (по R. Kraft-Ebing, 1897) или «*paranoia ideo-obsessiva*» (в терминологии С. С. Корсакова, 1893) и в силу этого, в большинстве случаев, выходящем за рамки шизотипических расстройств (трансформация в параноидную шизофрению).

Для обозначения обсессивного бреда предложены специальные термины, редко упоминаемые в современной научной и практической литературе: «навязчивая убежденность», «навязчивость особого значения» (Ясперс К., 1997). В последние годы используется понятие «психотические обсессии» (Solyom L., Di Nicola V. F., Sookman D. [et al.], 1985; Fenton W., McGlashan T. H., 1986; Insel T. R., Akiskal H. S., 1986). Его двумя ключевыми характеристиками являются: минимальная представленность элементов борьбы и преодоления при отсутствии критического осознания своего

состояния (таким образом, проводится параллель с классическим определением «злокачественная obsессия»).

Основой являются признаки бредового настроения, выступающие на фоне генерализованной тревоги:

а) фиксация неясных изменений в себе самом с ощущением предуготованности для исполнения какой-то новой необычной роли;

б) неоформленные подозрения с улавливанием предназначенной для больного нарочитости поступков и слов окружающих, а также скрытого смысла в окружающем предметном мире;

в) изменчивая бредовая фабула, пока еще «не раскрытая» пациентом, в которой присутствуют необычность и странность, рассчитанные на его внимание;

г) нестабильная критика к имеющимся расстройствам.

При этом в отличие от моносимптоматического сверхценного бреда, характеризующегося, по мнению ряда авторов (Смулевич А. Б., 2009в; Birnbaum K., 1919), известной «правдоподобностью» или «психологической понятностью», в изученных случаях патологические идеи либо изначально нелепы, либо, в отличие от паранойяльных построений, крайне мало разработаны. Объектами подозрений становятся то определенные лица, то все окружение больного. Идеи целенаправленного вреда сменяются представлениями о том, что пугающие события могут угрожать также и любому другому человеку.

В структуре неразвернутых бредовых расстройств выявляются черты, свидетельствующие об их психопатологическом средстве с навязчивыми феноменами: интрузивный (внедряющийся, вторгающийся) характер патологических идей, их тесная связь с овладевающими представлениями и генерализованной тревогой, агорафобия и выступающие в рамках бредового поведения защитные ритуалы.

В пользу наличия тесной связи между бредовыми и обсессивными расстройствами свидетельствует параллелизм в их развитии. Так, уровень критики к состоянию варьирует в зависимости от выраженности овладевающих представлений и/или тревоги. Убежденность в оправданности страхов (ощущение преследования, уверенность в том, что предлагаемая пища отравлена) возникает на высоте тревоги. По мере снижения остроты состояния появляется формальная критика: признается чрезмерность и нелепость опасений.

Интрузивные мысли о беспокоящих событиях возникают помимо воли, сопровождаются выраженной тревогой с невозможностью переключения внимания, усилием воли избавиться от них. Во всех наблюдениях отмечено формирование тревожных руминаций («пережевывание», повторение) — наплывов неподконтрольных мыслей, субъективно воспринимаемых болезненными, чуждыми сознанию.

Следует отметить двойственность критического отношения пациентов к имеющимся расстройствам. При том, что бредовые переживания

интерпретируются ими как имеющие реальную основу, перекрывающие их или сосуществующие с ними образные представления и неотвязно повторяющиеся мысли, а также проявления генерализованной тревоги воспринимаются как болезненные.

Идеаторные расстройства выступают в неразрывной связи с системой защитных действий. При этом место бредового поведения (целенаправленные меры, обеспечивающие предотвращение потенциально опасных событий) занимают агорафобия, компульсивное очищение и другие защитные ритуалы. Так, отказ от выхода на улицу, пребывания в толпе или транспорте, еды в общественных местах сопряжен не только с прямым избеганием возможного нападения или отравления, но и со страхом оказаться в ситуации, провоцирующей тревогу и овладевающие представления. Наиболее демонстративно поведение пациентов с идеями ревности, целенаправленно ограничивающих контакты с окружающими вследствие опасения получить косвенное подтверждение факта измены и тем самым запустить цепь навязчивых мыслей и представлений.

Характерна парциальность бредового избегания: пациент, испытавший страх нападения в автобусе, категорически отказывается пользоваться только этим видом транспорта, больная с идеями отравления исключает из рациона определенный набор продуктов вне зависимости от того, где и кем они были куплены. При этом, в качестве наиболее опасных расцениваются именно те обстоятельства, в которых ранее возникали образные представления либо тревога.

С известной условностью данный вид защитного поведения можно сопоставить с фобическим избеганием (целенаправленным исключением ситуаций, чреватых усилением тревоги), а в некоторых случаях (в основном при персекуторном бреде) — с явлениями агорафобии: отказ от выхода из дома, основанный на стремлении избежать ситуаций, провоцирующих как тревогу, так и обострение бредовой симптоматики. Так, чтобы избежать возможного преследования перед выходом на улицу выполняется сложная последовательность действий: особые движения руками и туловищем, потаптывания, перешагивания, манипуляции с предметами обихода и т.п.

Двигательные ритуалы нередко дополняются идеаторными в форме мысленной замены тягостных образных представлений на субъективно приятные или нейтральные, проговаривания «позитивных» утверждений, опровергающих беспокоящие опасения и подозрения.

Психопатологическая картина обсессивно-бредовых расстройств сходна с незавершенными феноменами паранойяльного круга (Каменева Е. Н., 1970). Соответственно, психопатологические расстройства этой группы представлены абортивными симптомокомплексами параноидного ряда (идеи отношения, преследования, отравления, греховности, ревности), без тенденции к формированию интерпретативного бреда. К этой же группе относится и достигающая бредового уровня

убежденность в контаминации (заражение микробами, загрязнение продуктами жизнедеятельности организма, «моральное загрязнение»).

При этом отмечается малая систематизация бредовой фабулы:

- при «осознании» угрозы со стороны не имеется мотивов и целей преследования или заражения;
- имеющаяся диффузная подозрительность характеризуется отсутствием конкретизации идей преследования, целей и способов возможного причинения вреда (убийства, нанесения телесных повреждений и пр.) с ожиданием опасности от любого из окружающих (незнакомые, случайно встреченные люди вне зависимости от их пола, возраста, внешнего вида);
- идеи отравления не подкрепляются концепцией, объясняющей, кем и с какой целью осуществляется целенаправленная порча продуктов в магазинах и местах общественного питания;
- при бреде ревности подозрения падают не на определенных лиц, а распространяются на широкий круг людей, включающий как знакомых (в том числе и членов семьи), так и совершенно посторонних (случайных прохожих, попутчиков и др.); нет и признаков бредовой ретроспекции.

Минимально представлена и бредовая интерпретация происходящих событий. Фиксируются лишь отдельные «косвенные» проявления недоброжелательности окружающих (угрожающие взгляды, агрессивные жесты) или «подозрительного» поведения супруга (частые отлучки, холодность в отношениях), но не явные признаки преследования или измены. В отличие от паранойяльного бреда, характеризующегося тенденцией к кристаллизации бреда с его последующей систематизацией (Циркин С. Ю., 2012; Huber G., Gross G., 1977; Andreasen N. C, 2005; Lauronen E., 2007), в изученных наблюдениях внезапное появление патологической идеи не сопровождается формированием интерпретативного бреда.

С точки зрения Ю. Б. Загородновой (2010), симптомокомплекс обсессивного бреда характеризуется стабильностью, отсутствием тенденции к дальнейшему расширению и систематизации параноидной составляющей. Он реализуется в качестве самостоятельного психопатологического образования и представляет собой «перекрывание» несистематизированных бредовых представлений обсессивно-компульсивными феноменами. Можно сказать, что в этом случае замещение навязчивостями наиболее лабильных составляющих параноидного синдрома (т. е. — обсессивного бреда) «препятствует» дальнейшей систематизации бредовых идей, формированию развернутых параноидных расстройств.

В некоторых случаях обсессивно-бредовые идеи появляются внезапно, по типу «озарения» (Каннабих Ю. В., 1934), но, в отличие от бредового озарения, не сопровождаются ложными воспоминаниями и бредовой ретроспекцией предшествующих событий. Кроме того, в отличие от психотических форм шизофрении, при обсессивно-фобическом варианте

возникновению обсессивного бреда по типу «озарения» предшествуют острые тревожные состояния, сходные с атипичными паническими атаками, в которых имеют место:

а) деперсонализационные кризы с ощущением измененности восприятия;

б) чувство немотивированной враждебности окружающих;

в) приступы танатофобии.

На высоте тревоги выявляются образные (овладевающие) представления, отражающие содержание бредовых идей: картины возможных последствий преследования, сцены измен и пр. Генерализованная тревога, проявляющаяся как в когнитивной (ощущение надвигающейся опасности, предчувствие неопределенной беды), так и в соматической (гипервентиляция, тахикардия, гипергидроз и пр.) сферах, неизменно сопутствует обсессивно-бредовым расстройствам.

Как отдельная группа состояний описан так называемый «транзиторный бред» (от английского «recovering delusions»). Он характеризуется руминациями, сходными с обсессивными, и чередованием уверенности и сомнения в правильности своих убеждений. Такой осциллирующий характер бредовых расстройств могут принимать на этапе субпсихотических ремиссий по мере обратного развития процесса.

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что обсессивный бред является самостоятельным психопатологическим феноменом, отличным как от обсессивно-компульсивных расстройств, так и от развернутых бредовых нарушений. В пользу такой квалификации свидетельствуют следующие психопатологические характеристики.

Патологические идеи не схожи ни с одной из известных форм бреда (в том числе и с незавершенными параноидными феноменами) ни по механизму формирования, ни по психопатологической структуре. Обсессивный бред в большей степени обнаруживает психопатологическое сродство с навязчивыми расстройствами, а не с бредовыми. Это подтверждает интрузивный характер патологических идей, двойственная критика, выраженное защитно-ритуальное поведение, устойчивые связи (на уровне общих симптомов) с генерализованной тревогой, паническими атаками и агорафобией.

Можно предположить, что обсессивный бред является «полярным» расстройством по отношению к незавершенным параноидным феноменам (Каменева Е. Н., 1970), эволюционирующим в процессе течения заболевания в развернутые бредовые проявления. Стабильная связь с обсессивными проявлениями, с одной стороны, обеспечивает устойчивость параноидных расстройств, а с другой — препятствует развитию на их основе психопатологически завершенных бредовых симптомокомплексов.

Субсиндромальная кататоническая симптоматика

Отдельного упоминания стоит отмечаемое многими авторами феноменологическое сходство выраженных обсессивных состояний (так

называемые злокачественные обсессии) с симптомами кататонии (Hwang M. Y., Opler I. A., 1994). В этом случае у пациентов с шизообсессивными расстройствами отмечается характерный набор симптомов, определяемый как нарушения моторных функций. К ним относятся феномены, находящиеся «на стыке» обсессивных и кататонических расстройств: стереотипные движения и дискинезии, гримасы, явления манерности и негативизма, эхо-феномены и каталепсия.

Такого рода состояния, как правило, являются лишь первым (допсихотическим) этапом течения аутохтонного процесса и могут впоследствии полностью замещаться перечисленными синдромами психотического уровня, определяющими дальнейший стереотип развития заболевания.

Существуют основания предполагать, что в патогенезе кататонических и обсессивных симптомов задействованы общие механизмы, локализующиеся на уровне лобных долей и базальных ганглиев (Huber G., Gross G., 1982; Gray J. A., 1994).

2. Субпсихотические дисморфофобические проявления

О субпсихотическом уровне дисморфофобических переживаний можно говорить лишь в том случае, когда имеет место нарастание и дальнейшее «расширение» дисморфофобической симптоматики. Дисморфофобические идеи достаточно быстро начинают носить, как правило, политематический характер, редуцированность эмоционального компонента, тенденция к трансформации ритуалов в стереотипии. Кроме того, нарастает ипохондричность, появляются патологические телесные сенсации, которые имеют характер эссенциальных сенестопатий. Как отмечает В. И. Крылов (2003), наблюдаются изменения сенсорной модальности сенестопатий: при голодании больные отмечают появление особого, трудно передаваемого ощущения термического характера — «холода», «зябкости» в желудке.

Можно сказать, что такого рода субпсихотические состояния являются «промежуточными» между непсихотическими формами дисморфофобии и **психотическим** уровнем расстройств: дисморфическим бредом (дисморфоманией — М. В. Коркина, 1984).

Дисморфоманический бредовой синдром (дисморфический бред) (F22,8) – ипохондрия «красоты», «уродства», «внешнего вида».

Это бред мнимого физического недостатка, неприятного для окружающих и доминирующий в сознании и определяющий поведение индивидуума: убежденность в «уродстве», аномалиях строения или деформации определенных частей лица и/или тела, фиксация на малозначимых дерматологических аномалиях, на которые якобы обращают внимание, и т.п.

В целом дисморфоманический бред характеризуется триадой признаков:

1. Бредовые идеи: убежденность в наличии у себя какого-то воображаемого физического недостатка, неприятного для окружающих.
2. Угнетенное настроение.
3. Стремление любым путем «исправить дефект».

В рамках дисморфоманического бреда следует рассматривать и убежденность в отталкивающей полноте. В дальнейшем при отсутствии критики к своему состоянию, абсолютной убежденности больного в правильности своих аноректических установок и пищевого поведения, происходит трансформация сенестопатий в висцеральные галлюцинации (появление постоянного ощущения постороннего инородного тела в пищеводе и желудке). Наконец, в структуре переживаний пациентов значительный удельный вес начинают занимать патологические идеи из персекуторной группы — отношения, заражения, особого значения.

Бредовое поведение принимает различные формы: охранительные действия (камуфляж мнимых дефектов внешности), избегание (до полной социальной изоляции), требование (иногда с сутяжной активностью) хирургического вмешательства (обычно пластических операций), аутодеструкция (Смулевич А.Б., 2014)

Близок к дисморфоманическому и **бред распространения неприятного запаха** («парфюмерная дисморфомания»): убежденность в дисфункции анального сфинктера с недержанием кишечных газов, дурного запаха изо рта, из половых органов, особо неприятного запаха пота и др. (Смулевич А. Б., 2011б), что, с точки зрения пациентов, определяет соответствующее поведение окружающих.

К дисморфомании присоединяются идеи отношения. Они нередко начинаются с непереносимости чужого взгляда (симптом Бехтерева). Подростки не выносят, когда на них смотрят посторонние, полагая, что разглядывают их недостатки. Они стараются остаться незамеченными, держатся в стороне, избегая появления перед глазеющей по сторонам публикой — в фойе, транспорте, на пляже. Не ходят на уроки физкультуры, чтобы не появляться в обтягивающей тело спортивной форме, если воображаемый недостаток касается фигуры. Всячески стараются «прикрыть» свой недостаток: «слишком большой нос» постоянно закрывают шарфом, надевают чрезмерно просторную или, наоборот, очень туго обтягивающую тело одежду, которая, по их мнению, должна замаскировать или исправить дефект фигуры. При дисморфомании, касающейся гениталий, мальчики избегают общественных туалетов и бань.

Отмечается страстное желание любым путем «исправить» имеющий у них «дефект». Так, например, дисморфоманические идеи зачастую приводят к упорному отказу от пищи, несмотря на нарушения обменных процессов, аменорею и даже развивающуюся кахексию. Под влиянием своих переживаний больные иногда требуют проведения косметических операций («вырезать лишний жир из ягодиц», «выпрямить нос», «выровнять половой член» и т.п.). Реже они сами совершают калечащие их манипуляции.

Дисморфоманические идеи нередко диссимулируются. О них стараются не говорить, при расспросах даже отрицают. Заподозрить наличие подобных переживаний можно по описанным особенностям поведения и по двум специальным симптомам. Один из них получил название симптома «зеркала» Абели-Дельма (Abely P., 1930): больные подолгу, иногда часами, разглядывают в зеркале свое лицо или фигуру — в разных позах и ракурсах, снова проверяя и снова убеждаясь в наличии дефекта; часто стараются делать это тайком от окружающих. Другой симптом описан М. В. Коркиной (1984) — «симптом фотографии»: больные избегают фотографироваться даже в случае крайней нужды, например, для того, чтобы получить паспорт, так как, по их мнению, на фотографии их «уродство» выступает особенно ярко.

Следствием дисморфомании может быть нарастающая замкнутость, необщительность, а также негативное отношение пациентов к близким, на которых они «срывают зло».

С годами у таких больных нарастают личностные изменения (сочетание ранимости с холодностью), происходит формирование дефекта (астенического или дистонического), хронизируется сенситивный бред отношения — пациенты уверены, что все на них обращают внимание, замечают их дефекты, делают двусмысленные намеки, относящиеся к мнимому уродству. Позже эти переживания ипохондризируются: начинают сопровождаться идеями о неизлечимости болезни или о наличии «унизительной болезни» (сифилис, ВИЧ, СПИД).

3. Субпсихотическая ипохондрическая симптоматика

В тяжелых случаях имеет место эпизодическая бредовая убежденность в наличии у себя тяжелой соматической болезни, не поддающаяся на высоте переживаний разубеждению или сомнению. Разуверившись в лечении, больные пассивно констатируют факт жизненного краха, обусловленного соматическими причинами, хотя при этом формально признают наличие у себя психического расстройства, примиряются с собственной ущербностью, ведут затворнический образ жизни.

При дальнейшем течении заболевания может происходить формирование психотической симптоматики, что диагностируется как **ипохондрическая паранойя F22.01**: убежденность в соматической природе страдания (нозомания), бред поражения тяжелым (опасным для жизни) заболеванием. Формируется вне связи с патологией внутренних органов или кожного покрова. В последние годы чаще всего встречаются бред инфицирования венерическим заболеванием (преимущественно СПИД) и канцеромания (Смулевич А. Б., 2011б).

Характерно домогательство неадекватных методов терапии, попытки самолечения и аутоагрессивное поведение. Отношения с внешним миром строятся теперь по принципу вреда — пользы для здоровья. Больные

требуют обследования и лечения, укладываются в постель, но вместе с тем с большим подозрением относятся к лечебным и диагностическим процедурам. В отдельных случаях охваченность болезненными ощущениями и непоколебимая убежденность в наличии патологического процесса в организме сопровождаются настойчивыми требованиями дополнительных обследований новейшими методами, порой появлением склонности к нетрадиционным методом лечения (закаливание, голодание, гипноз, парапсихология, знахарство ит. п.). Такое изменение стиля жизни с ограничением интересов пространством собственного тела (ригидная ипохондрия — А. Б. Смулевич, 1987) сопровождается грубым аутоагрессивным и аутодеструктивным поведением (небезопасные способы самолечения, обращение к сомнительным, но сулящим «чудеса» парамедицинским вмешательствам, требования ургентной терапии и, в частности, оперативных вмешательств).

В некоторых случаях идиопатические сенестоалгии приобретают особую индивидуальную значимость и, вытесняя конкурирующие ощущения и представления, становятся «центром притяжения» всей психической жизни. При этом сенестопатические патологические ощущения, локализующиеся чаще всего в голове, приобретают характер чужеродности, необычности, причудливости («перекрывание», «шевеление», «зажим», «пробой», «спрессованность», «растекание», давящая перегородка между полушариями»). Для таких пациентов характерна также локализация сенестопатий в области костно-мышечного аппарата («зажатость», «панцирность», «размягчение», «иссушенность»). При описании их больные прибегают к образным, нелепым высказываниям («сердце скрипит, когда бьется», «чувствуется, как кровь переливается из предсердия в желудочки», «в голове трещат кости»).

Обычно такая симптоматика дополняется аномальными телесными сенсациями, телесными и обонятельными галлюцинациями, расстройствами схемы тела (Смулевич А.Б., 2014)

При дальнейшем течении заболевания формируется психотическая симптоматика, а именно — **кознесе́зипа́тическая паранойя**. Происходит формирование дерматозойного/зоопатического бреда (F22.0, «бредовое расстройство») — ипохондрического бреда одержимости с явлениями тактильного галлюциноза (тактильные иллюзии, зуд, ощущение укусов, передвижение насекомых), характеризующегося «малым размахом», обыденностью содержания бредовых идей, отсутствием идей преследования, преднамеренного причинения вреда, «борьбой с паразитами». (Смулевич А. Б., 2011б). Обычно манифестирует внезапно, по типу озарения. Центральное место в клинической картине занимает тактильный галлюциноз с феноменом «анимации». Как подчеркивает А.Б.Смулевич (2014), сенсопатии носят комплексный характер: обладают не только признаками предметности и подвижности, но также и болевых сенсаций: укусы, уколы, жжение, ужаливание («как будто кто-то впивается»), ощущение

проникновение («завинчивание», «вбуравливание», «прогрызание») в кожу. Бредовые расстройства (бред одержимости паразитами или идеи заражения паразитами) вторичны по отношению к тактильному галлюцинозу. Возможно бредовое поведение с аутоагресссией: «вытравливание» паразитов с применением токсических веществ («дихлофоса, керосина и др.), «извлечение» острыми предметами (иголки, ножницы).

4. Субпсихотическая конверсионно-диссоциативная симптоматика

Заключается в возможности возникновения истерической симптоматики субпсихотического или даже, на короткий период, психотического уровня. Эти состояния, возникая после стрессовых ситуаций, оказываются затяжными и продолжаются иногда более полугода. В клинической картине преобладают генерализованные (преимущественно диссоциативные) истерические расстройства: помрачение сознания, галлюцинации воображения Дюпре с мистическими видениями и голосами, двигательное возбуждение или ступор, судорожные истерические пароксизмы. Явления расстроенного сознания обычно быстро подвергаются обратному развитию, а остальные признаки психоза обнаруживают стойкость, несвойственную психогенно обусловленной истерической симптоматике, и ряд особенностей, сближающих их с нарушениями более тяжелых регистров.

Так, обманы восприятия, сохраняя сходство с галлюцинациями воображения (образность, изменчивость содержания), постепенно приобретают черты псевдогаллюцинаторных расстройств, свойственных симптомам 1-го ранга К. Шнайдера: насильственность и произвольность возникновения, ощущение внешнего контроля над функциями организма. Кроме того, появляется склонность к «магическому мышлению», о котором писал Е. Kretschmer (1930); двигательные истерические расстройства утрачивают демонстративность и выразительность, сближаясь с субкататоническими нарушениями.

5. Субпсихотическая деперсонализационная симптоматика

При генерализации деперсонализационных расстройств в рамках затяжной депрессии на первый план выступают явления болезненной анестезии (лат. *anaesthesia psychica dolorosa*). Чувство бесчувствия проявляется, прежде всего, потерей эмоционального резонанса. Больные отмечают, что живопись и музыка не вызывают у них прежнего душевного отклика, а прочитанное воспринимается как холодные голые фразы — нет сопереживания, отсутствуют тонкие оттенки чувств, утрачена способность ощущать удовольствие и неудовольствие. Пространство как бы уплощается, окружающий мир представляется измененным, застывшим, пустым.

Явления аутопсихической деперсонализации могут при этом достигать степени полного отчуждения, потери своего Я. Больные утверждают, что их психическое Я погасло: они утратили связь с прошлой жизнью, не знают, какими были прежде, их как бы не касается происходящее вокруг. В некоторых случаях нарушается и сознание активности Я — все поступки воспринимаются как нечто механическое, бессмысленное, чуждое. Отмечавшееся еще в дебюте заболевания чувство утраты связи с окружающими усиливается до ощущения полного непонимания поведения людей, взаимоотношений между ними. Нарушается сознание идентичности Я и возникает противопоставление сознания Я внешнему миру. Больной перестает ощущать себя как личность, смотрит на себя «со стороны», испытывает мучительную зависимость от окружающих — у него нет ничего своего, его мысли и поступки механически перенимаются у других людей, он лишь разыгрывает роли, переходит в чуждые для себя образы. В этом случае отмечается выраженность суицидальных тенденций с попытками их реализации.

6. Субпсихотическая псевдоастеническая симптоматика

На высоте состояния отмечается значительный полиморфизм клинической картины, проявляющийся в сочетании различных психопатологических расстройств: кратковременных эпизодов острой деперсонализации и дереализации, гипнагогических и рефлкторных галлюцинаций, рудиментарных сенситивных идей отношения, эпизодов тревоги, с возникновением (на высоте ее) ощущения надвигающейся катастрофы, сопровождающегося порой растерянностью. Своеобразные нарушения мышления, как правило, сопровождают эмоциональное снижение и падение активности.

ГЛАВА 4

НЕГАТИВНЫЕ ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ

К негативным непсихотическим проявлениям аутохтонных психических расстройств в рамках заболеваний шизофренического спектра можно отнести:

- 1) псевдопсихопатические расстройства;
- 2) простые или бедные симптомами расстройства.

А. Псевдопсихопатические расстройства (F 21.4)

Эта форма, особенно вначале, может представлять большие трудности в отношении дифференциального диагноза с психопатиями. Диагностическая задача должна решаться путем сопоставления разных вариантов психопатоподобных картин с клиническими проявлениями личностных расстройств, с одной стороны, и негативной симптоматикой при шизофрении — с другой.

Как отмечает Н. Г. Незнанов (2010), псевдопсихопатические (психопатоподобные) расстройства «в целом сходны по характеру патохарактерологических отклонений и поведенческих расстройств с расстройствами, наблюдаемые при психопатиях. Тем не менее, при психопатиях и то, и другое носит врожденный характер и проявляется с самого начала жизни».

По данным А. С. Розиной (2010), среди всех шизотипических расстройств психопатоподобные проявления встречаются в 26,5% случаев. Чаще они встречаются у мальчиков. Подростковый возраст, будучи периодом становления характера, видимо, именно в области характерологических сдвигов оказывается наиболее уязвимым. Если шизотипические расстройства развиваются в предпубертатном возрасте, то они нередко начинаются как неврозоподобные, а затем трансформируются в психопатоподобные.

Психопатоподобная симптоматика при шизотипических расстройствах нередко начинается с явлений так называемого искаженного пубертатного криза.

В целом явления искаженного пубертатного криза могут быть разделены на четыре группы.

Первую из них представляет патологический пубертатный криз как самостоятельное патологическое состояние. Впервые такого рода патологический пубертатный криз в психиатрии был клинически очерчен К. Kahlbaum (1890). Он встречается достаточно редко, начинается в переходном возрасте и чаще развивается в рамках **психопатической декомпенсации**. Известно, что у преморбидно дисгармоничных личностей пубертатная пертурбация проявляется также дисгармонично, что квалифицируется как патологический пубертатный криз.

При этом для выделения патологического пубертатного криза в качестве самостоятельного психопатологического образования существенное значение имеют:

- 1) хронологическое соответствие начала и редукции психопатологических проявлений периоду психо- и соматоэндокринного созревания;
- 2) усиление количества присущих данному человеку особенностей, а не появление качественно новых личностных черт;
- 3) отсутствие до пубертата и после его завершения позитивной психопатологической симптоматики, характерной для той или иной нозологической формы;
- 4) регрессиентность после прохождения пубертатного возраста динамики некоторых «псевдошизофренических» симптомов искаженного пубертатного криза (тревожно-фобических, обсессивных, феноменов психического отчуждения), т. е. сглаживание выраженности психопатологических расстройств по минованию пубертатного возраста и формирование у психопатической личности относительной компенсации;
- 5) исключение истинной прогрессиентности и отсутствия нарастания негативных личностных расстройств по шизофреническому или органическому типам.

Вторая группа, характеризующаяся в подростковом возрасте сходством с симптоматикой искаженного пубертатного криза, **представляет собой проявления аффективных (циклотимоподобных, субдепрессивных, но подростково окрашенных) феноменов**. Однако в этом случае можно увидеть связь и зависимость симптоматики патологического пубертатного криза от аффективной патологии.

Третья группа включает ситуации, когда патологический пубертатный криз является возрастным этапом в рамках шизофрении.

В этом случае трудности дифференциальной диагностики связаны с тем, что «психопатоподобные» синдромы имеют непатологические аналоги в структуре пубертатной психики. Например, нормальное фантазирование, присущее возрасту — и бредоподобные фантазии, склонность к отвлеченным размышлениям, характерным для периода пубертата — и болезненное мудрствование (метафизическая интоксикация). Поэтому определение границ между нормальной психикой подростка со склонностью к вымыслам, психогенно обусловленным доминантам, оппозиционности, черствости, пробуждением влечений — и патологическим уровнем тех же образований всегда представляет большие трудности (Гурьева В. А. [и др.] 2007).

Однако, если «психопатические» нарушения, начинаясь в переходном возрасте, являются этапом шизофренического процесса, то психопатологические особенности состояния очень быстро теряют облик «искаженного пубертатного криза».

В одних случаях происходит трансформация состояния в сторону появления признаков «нажитой» психопатии, в то же время отличаясь от нее

грубостью психопатологических проявлений, нарастанием дефицитарных явлений и формированием шизофренического дефекта (чаще дистонического типа) со сниженным уровнем социального восстановления. Такого рода состояния, вероятно, следует рассматривать в рамках **шубообразной шизофрении**.

В других случаях явления искаженного пубертатного криза в инциденте заболевания **камуфлируют собой психопатоподобный этап умеренно-прогредиентной или даже злокачественной шизофрении**. При таких особенностях в развитии заболевания на начальном этапе возможна ошибка диагностики (отнесение проявлений искаженного пубертатного криза к шизотипическим расстройствам). Однако динамическое наблюдение за больным — нарастание позитивной симптоматики психотического уровня или скорости углубления дефекта (при простой форме шизофрении) позволяет в дальнейшем уточнить характер заболевания.

Наконец, лишь **четвертая группа включает состояния искаженного пубертатного криза, протекающие в рамках шизотипических расстройств и представляющие проявления негативных тенденций заболевания**. В таких случаях происходит либо личностный слом, возникновение новой сущности, изменяющей структуру личности больного, либо — такое резкое усиление присущих пациентам личностных особенностей, которые порождают новое качество личности, характеризующейся диссоциативностью психопатологической симптоматики и дискордантностью поведения.

Таким образом, негативная симптоматика при псевдопсихопатических шизотипических расстройствах проявляется, прежде всего, в усилении дисгармонии преморбидного личностного склада вплоть до выраженных характерологических «сдвигов» (псевдопсихопатий), которые в одних случаях выражаются в появлении различных форм девиантного поведения, а в других — в аутистической трансформации личности. При этом различные варианты псевдопсихопатий представлены не только находящимися на авансцене особенностями поведения пациентов и характером их взаимоотношений с внешним окружением, но также и особенностями восприятия, мышления и аффективной сферы.

В дальнейшем, по мере развития заболевания, происходит формированием различной глубины дефекта, а именно:

- а) сужение круга интересов с нарастающей аспонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности;
- б) постепенное уплощение аффекта и исчезновение желаний при одновременном углублении пассивности, вялости, безразличия;
- в) появление грубых когнитивных нарушений.

Резюмируя сказанное, следует подчеркнуть, что постепенная трансформация личностных особенностей при шизотипических расстройствах является сложным и неоднородным феноменом, правильная квалификация которого крайне важна для нюансировки диагностики, оптимального подбора и

соотношения психофармакотерапии, психосоциальных интервенций и тактики психотерапевтических усилий.

В то же время такого рода особенности столь характерны для психопатоподобных картин при шизотипических расстройствах, что породили тенденцию свести все их клинические проявления в один «гебоидный синдром», тем более, что позитивные симптомы встречаются при них либо в качестве мимолетных явлений, не получающих развития и легко забываемых, либо по существу не отражаются на поведении. Однако в клинической реальности явления искаженного пубертатного криза не сводимы лишь к гебоидным его проявлениям.

Можно выделить четыре формы псевдопсихопатических шизотипических расстройств:

- гебоидный синдром;
- гистрионоформный (истериформный) синдром;
- импульсивно-диссоциальный (эпилептиформный) синдром;
- аутистический синдром.

1. Гебоидный синдром

В доболезненный период каких-либо особенностей характера, как правило, не наблюдается. Это в меру послушные, покладистые, не доставляющие родителям особых хлопот дети и подростки, однако не очень инициативные и лишенные особых интересов и увлечений. Вряд ли они заслуживают наименования «образцовых личностей» (Пекунова Л. Г., 1974), скорее правильнее говорить о конформной акцентуации (Личко А. Е., 1983) в преморбиде.

В какой-то момент в подростковом возрасте происходит «крутой перелом» характера. Однако критерий «перелома» сам по себе недостаточно надежен в диагностическом отношении. В частности, при акцентуациях по неустойчивому типу (Личко А. Е., 1983) при относительно благополучном детстве, прошедшем под опекой старших, именно в подростковом возрасте может начаться довольно быстрое развертывание черт, свойственных этому типу характера.

Как и при развитии шизотипических расстройств, обнаруживается тяготение к праздности, безделью, легким развлечениям, стремление уклониться от учебы и всякого труда, примкнуть к асоциальным компаниям, получать примитивные удовольствия (алкоголь, эйфоризирующие и дурманные средства), сексуальная активность приобретает черты распушенности. Появляется склонность к делинквентному поведению.

В то же время, в отличие от неустойчивой психопатии, у пациентов с гебоидными проявлениями шизотипических расстройств уже в инициальном периоде заболевания обращает на себя внимание сочетание выраженного инфантильного эгоцентризма с гротескным стремлением к самоутверждению, грубой оппозицией к окружающему, полным

игнорированием нравственных норм и ценностей, изощренной жестокостью с садистскими компонентами, отсутствием чувства жалости и сострадания («моральный дальтонизм», Суханов С. А., 1904/1905, 1912), склонностью к импульсивной агрессии, отсутствием чувства долга, ответственности, стремления к продуктивной положительной деятельности при усиленном патологическом интересе ко всему, что связано с насилием, кровавыми расправами, убийствами, истязанием.

Характерно появление патологических сверхценных образований, достигающих в ряде случаев характера мировоззрения и определяющих поведение подростка. Болезненно усиленные и искаженные низшие влечения в виде садистических наклонностей отражаются «в патологических образных аутистических агрессивнo-садистических фантазиях, отношение к которым также оказывается сверхценным, в обильных рисунках, инфантильных схемах «уничтожения противника», в педантичном подсчете «убитых в каждом бою» (Гурьева В. А. [и др.], 2007). При этом обращает на себя внимание изменение направленности влечений по мере взросления ребенка: влечение к воровству сменяется агрессивнo-садистическим, которое, в свою очередь, трансформируется в дромоманию (уходы и бродяжничество), kleптоманию или сексуальные девиации (Козлова И. А., Башина В. М., 2005).

При гебоидном синдроме, протекающем в рамках шизотипических расстройств, подросток так же, как при психопатиях и акцентуациях неустойчивого типа, может оказаться в асоциальной компании. Первый контакт с ней нередко бывает случаен. Однако, попав в такую группу и принимая участие в ее похождениях, подросток остается в этой группе «белой вороной». Эмоционально слиться с группой не удастся. Либо члены группы, либо он сам чувствуют какую-то отчужденность. Правонарушения могут совершаться как вместе с группой, так и в одиночку, но зачастую «во имя группы» или в качестве подражания ее членам, чтобы добиться их признания. Например, 15-летний подросток угнал автомашину и сам на себя заявил в милицию — все это он сделал для того, чтобы попасть в тюрьму и тем самым «сравняться в правах» с членом группы, кичившимся своим асоциальным прошлым.

Алкоголь обычно не дает эйфории, но может, как и при шизоидных психопатиях и акцентуациях (Личко А. Е., 1983), играть роль коммуникативного допинга — облегчать контакты, снимать внутреннее напряжение, скованность. Поэтому, несмотря на отсутствие выраженной эйфории, психическая зависимость может развиваться довольно быстро. Однако ускоренного формирования физической зависимости не наблюдается. Наоборот, иногда поражает то, с какой легкостью внезапно обрываются регулярные, продолжительные выпивки.

Употребление алкоголя, начатое в компании, нередко продолжается в одиночку. В некоторых случаях обнаруживается склонность к постоянному пьянству с изначально высокой толерантностью к алкоголю, отсутствием

алкогольных изменений личности и полной неэффективностью противоалкогольного лечения.

Хобби могут ограничиться информационно-коммуникативным типом или поражать необычностью не менее, чем при синдроме нарастающей шизоидизации. Однако большой напряженности увлечений не встречается. Выбираются хотя и странные хобби, но не требующие упорного труда. Непродуктивность увлечений бывает достаточно отчетливой. При этом прежние, еще доболезненные, интересы не сохраняются.

Сексуальное поведение нередко становится областью, где отклонения особенно бросаются в глаза. Характерная для больных с гебоидным синдромом ранняя сексуальность не ограничивается свойственным подросткам с неустойчивой психопатией ранней половой жизнью, промискуитетом, групповой сексуальной активностью, транзиторным подростковым гомосексуализмом. Приходится сталкиваться с поступками и влечениями, далеко выходящими за пределы обычных асоциальных подростковых групп. К ним относятся внезапные, не вытекающие из ситуации попытки вступить в сексуальную связь с первым встречным или членами своей семьи, в том числе малолетними и престарелыми, попытки подростков-мальчиков принудить к сожителству мать, особо извращенные способы удовлетворения влечения.

При этом варианте клиническая картина шизотипических расстройств обнаруживает наибольшее сходство с описанным К. Kahlbaum (1890) гебоидным синдромом, но, в отличие от гебоидофрении К. Кальбаума, отсутствуют грубые изменения личности в виде эмоционального оскудения, выраженных нарушений мышления и пр.

Таким образом, обобщенная характеристика пациентов с синдромом неустойчивого поведения, протекающего в рамках шизотипических расстройств, представлена карикатурно-утрированными психологическими проявлениями искаженного пубертатного криза, астеническим симптомокомплексом, эмоциональной извращенностью и нарушением влечений. Характерны такие явления, как причудливость интересов, ранняя сексуальная расторможенность, ненависть к близким (или, по крайней мере, равнодушие к ним, пренебрежение благополучием семьи), агрессивное поведение, мировоззренчески окрашенные агрессивно-садистические влечения, полиморфные страхи (появление неопределенных или непонятных фобий). К этим проявлениям заболевания может присоединиться патологическое фантазирование, которое затрудняет адаптацию индивидуума к реальной действительности, а также не соответствует по своему характеру возрасту ребенка, наполнено необычным, вычурным содержанием (Руднева И. К., 1985; Козлова И. А., Башина В. М., 2005).

Со временем больные с синдромом неустойчивого поведения (гебоидным синдромом), протекающим в рамках шизотипических расстройств, становятся более «социабельными», чем в юности, однако развившиеся проявления шизофренического (дистонического варианта)

дефекта, психопатоподобный облик и линия поведения этих пациентов делает их «странными», «не похожими на других», «чужаковатыми», «односторонне увлеченными вне рамок профессиональной деятельности».

Трудовая адаптация и социальная компетентность этих больных снижены, их приспособление оказывается значительно хуже имеющихся потенциальных возможностей.

2. Гистрионоформный (истериформный) синдром

В исследованиях последних лет описаны истерические проявления при расстройствах шизофренического спектра (Воробьев В. Ю., 1988; Царук Т. П., 1992; Чиковани Г. О., 1997; Иконников Д. В., 2005; Ильина Н. А., 2006). При этом отмечается недостаток исследований по данной теме с использованием современных шкал и опросников, отсутствуют работы по изучению качества жизни (КЖ) этих пациентов.

В рамках шизотипических расстройств гистрионоформный (истериформный) синдром характеризуется постепенным развитием и преобладанием, наряду с истериформной симптоматикой, негативных изменений, сопоставимых с психопатоподобным дефектом по типу «искажения личностных черт» (Дубницкая Э. Б., 1979; Буренина Н. И., 1997). При этом наблюдается:

- наличие массивных гротескных проявлений таких истероидных личностных «пубертатных» черт, как стремление обратить на себя внимание, претенциозность, театральность, лживость; при этом эмоции отличаются однообразием и парадоксальностью;
- грубые шаблонные истерические реакции с эмоциональной неадекватностью, более хаотичные и карикатурные, чем таковые при истерической психопатии;
- гипертрофированная демонстративность, жеманность и кокетливость, фальшивая наигранность, приобретающие черты манерности, что выражается в грубом кривлянии, позах, жестах и интонации голоса;
- стремление к реализации своих, ставших сверхценными, фантазий;
- холодность к близким, в которой больше бездушия, чем эгоизма.

В целом поведение напоминает игру плохого актера, даже злую карикатуру. Манерой вести себя и одеваться такие подростки вызывают у сверстников не интерес и любопытство, а презрение и насмешки. Например, ультрамодная юбка может сочетаться с грязной рваной блузкой, а современные джинсы — со старомодным бабушкиным капором. При этом истероидные феномены приобретают характер стереотипного штампа. Больные могут постоянно разыгрывать какую-то роль — поэта, музыканта, актера, родственника какого-либо известного лица — всюду ведут себя

соответствующим образом, не замечая неуместности такого поведения и насмешек окружающих.

Кроме того, на фоне истероидных черт могут проявляться элементы неустойчивого поведения — девочки, например, могут легко вступать в сексуальные контакты с незнакомцами. Однако в асоциальных группах эти подростки не удерживаются.

Все это сочетается с выраженной психической незрелостью и рано возникающим нарушением критики и длительное время расценивается как глубокая истерическая психопатия с атипичной клинической картиной.

В последующем больные становятся малоинициативными, пассивными, сужается круг их интересов, привязанностей, снижается профессиональный уровень. Выявляются нарушения мышления: склонность к резонерству, соскальзывания, паралогичность, наплывы мыслей, пустота в голове, иногда — обрывы мыслей.

Общая тенденция развития заболевания с самого начала характеризуется нарастанием **негативных явлений** с последующим формированием астенического или дистонического типа дефекта. Постепенно истерические расстройства уступают место психопатоподобным — присоединяется **шизоидизация** (дистонический вариант дефекта), сопровождающаяся нарастающими когнитивными нарушениями, изменениями типа «зависимых» с безрассудным подчинением воле очередного, чаще всего случайного, партнера (как правило, преследующего лишь корыстные цели) с беспочвенными, формирующимися в полном отрыве от реальности, мечтами о замужестве.

В результате на более поздних этапах заболевания (период стабилизации) в клинической картине все более отчетливо выступают:

- грубые психопатические нарушения (лживость, авантюризм, бродяжничество);
- типичные для шизофрении изменения (аутизм, снижение продуктивности, трудности адаптации, утрата контактов);
- облик одиноких чудаков, опустившихся, но крикливо одетых, злоупотребляющих косметикой (женщины);
- трансформация истерической демонстративности — в шизофреническую вычурность и манерность, инфантильной доверчивости и наивности — в регрессивную синтонность, непрактичности — в паразитизм, истерохарактерологических черт — в гебоидные.

3. Импульсивно-диссоциальный (эпилептиформный) синдром

При этом синдроме обнаруживается сходство с некоторыми чертами эпилептоидной психопатии, с которой и надо проводить дифференциальную диагностику. Следует всегда помнить, что при эпилептиформном синдроме рано возникшая нравственная тупость нередко является признаком

перенесенного в прошлом приступа или медленно развивающейся шизофрении с синдромом неустойчивого поведения (гебоидными проявлениями) или хронической манией.

Еще Е. Краепелин (1923) обращал внимание на аномалии **возбудимого круга** (безудержных — *haltlosige*), подчеркивая преимущественную **импульсивность** у одних, и **болезненное бессердечие** (*Gemütlosigkeit*) — у других.

Первые с ранних лет отличаются импульсивностью, неуравновешенностью, распушенностью. В общении с людьми их отличает вспыльчивость, доходящая до приступов ярости и гнева. В школе они сквернословят, затевают драки; не достигнув совершеннолетия, начинают воровать, убегают из дома, бродяжничают. У них рано пробуждаются примитивные влечения с частыми сексуальными эксцессами, склонностью к алкоголизму, который является вторичным и в большинстве случаев характеризуется атипичностью проявлений и отсутствием последовательности в формировании этапов зависимости (Шлемина И. В., 2009), злоупотреблению наркотиками, что усугубляет «зигзаги» на их жизненном пути.

«Что же касается другой группы больных, — отмечает И. В. Шлемина (2009), — то этих пациентов радость и горе окружающих трогают так же мало, как свидетельства любви и дружбы, как угрозы и увещания, как знаки презрения, (что) делают их невозмутимыми и глухими, ничему не сочувствующими, ни к кому не испытывающими привязанности, лишенными чувства чести и стыда, равнодушными к хуле и похвале».

При протекании эпилептиформного синдрома в рамках шизотипических расстройств обращает на себя внимание:

- жестокость, выступающая на первом плане — порою изуверская, ужасающая и, что отличает от эпилептоидной психопатии, холодная агрессия, часто нелепая, перемежающаяся с периодами вялости;
- сочетание brutальных аффективных взрывов с общей эмоциональной обедненностью при отсутствии явлений постепенного накопления аффекта;
- наличие выраженного и малопонятного негативизма;
- внезапное и неожиданное, без ясных причин, окончание вспышек возбуждения, в отличие от эксплозивных вспышек у психопатических личностей, после которых в течение некоторого времени, иногда весьма продолжительного, остается аффективная напряженность с дисфорическим компонентом и готовностью к повторным взрывам аффекта.

Мотивы зверских истязаний либо совсем не объясняются, либо приводятся невразумительные, непонятные и запутанные доводы.

Нарушения влечений, в отличие от эпилептоидной психопатии, не ограничиваются сферой сексуального и агрессивного инстинктов и часто

распространяются на пищевой инстинкт (вычурные диеты, употребление в пищу несъедобных вещей). Можно наблюдать также исчезновение элементарной брезгливости. Сексуальные перверсии отличаются полиморфизмом, касающимся как объекта влечений, так и способа его удовлетворения. Среди «странностей» замечены склонность коллекционировать тушки убитых животных и разглядывать мертвецов (Харитонов Н. К., Наталевич Э. С., 1981). Разные нарушения влечений иногда сложно переплетаются и бывает трудно отнести их к какому-то определенному виду перверсии.

Если начинается **алкоголизация**, то сразу обнаруживается склонность к тяжелому пьянству. В опьянении больные отличаются жестокой агрессией, обнаженно-циничным поведением (Беляев Б. С., 1977). Например, 16-летний подросток, напиваясь пьяным, разгуливал по дому нагим с эрекцией полового члена перед матерью, бабушкой и младшими сестрами. Несмотря на долгое пьянство, изначально высокую толерантность к алкоголю, отсутствие рвотного рефлекса на передозировку, эти пациенты способны внезапно прерывать выпивки без каких-либо признаков абстиненции.

Из прочих эпилептоидных черт бывает выраженным особое внимание к своему здоровью и тенденция к **ипохондричности**. Однако они сочетаются с недоверчивостью и подозрительностью при обследовании и лечении.

Подростки, у которых наблюдается эпилептиформный синдром, особенно часто подвергаются судебной-психиатрической экспертизе (Шумаков В. М. [и др.], 1980). Социально опасные действия не ограничиваются агрессией, не менее часто бывает присвоение чужого имущества (Харитонов Н. К., Наталевич Э. С., 1981). С годами у таких пациентов нарастают явления шизофренического (психопатоподобного, дистонического) дефекта.

Таким образом, анализ динамики эпилептиформного синдрома при шизотипических расстройствах позволяет отграничить его от эпилептоидного, протекающего в рамках психопатий.

4. Аутистический синдром

В преморбиде обычно выражена шизоидная или психастеническая акцентуация (Личко А. Е., 1983). Развитие синдрома постепенное, чаще в старшем подростковом возрасте.

Нередко впервые психопатологическая симптоматика выявляется при перемене пациентами привычных для них условий жизни, смене жизненного стереотипа, в связи с переездом в другой город, переменой школы и т. д. Иногда больные пытаются возвращением в привычную обстановку «восстановить» прежнее состояние.

Бросается в глаза нарушение адаптации к окружающему, трудности контакта с людьми, появление замкнутости, отрешенности от окружающего, холодности к близким, безразличия к сверстникам, контактов с которыми

пациенты практически не ищут, отсутствия стремления создать компанию единомышленников, уклоняются от игр и общего времяпровождения с ними. Они становятся неразговорчивыми, задумчивыми, одинокими.

Е. С. Крылова (2004) рассматривает в рамках шизотипических расстройств два варианта описанного выше синдрома:

- а) по типу духовной ипохондрии;
- б) по типу метафизической интоксикации.

Наш клинический опыт свидетельствует о реальности существования этих феноменов и позволяет дополнить их конкретным содержанием.

Вариант с преобладанием псевдопсихастенической симптоматики («духовной ипохондрии»)

Основой псевдопсихастенического синдрома является **невротическая деперсонализация (усиленная рефлексия)**, проявляющаяся в интенсивном анализе своего положения, взвешивании каждого своего шага, в результате чего больные ощущают свою психическую измененность, «неодинаковость» с другими людьми, неполноту своего духовного развития с неудовлетворенностью собственным внутренним миром.

Зачастую к этому присоединяются дисморфофобические идеи, специфические для юношеского возраста. У пациентов появляется ощущение физической перемены. Некоторые фиксируются надолго на своих незначительных реальных физических недостатках и признаках своего телесного возмужания, придавая им решающее значение во взаимоотношениях с людьми.

Пациенты испытывают чувство «внутренней напряженности», неловкости в присутствии посторонних лиц. У них появляется несвойственное им раньше чувство «скованности», «искусственности» своего поведения. Больные говорят о неестественности выражения своего лица, улыбки, о несвободе своих жестов, походки, что они обычно связывают со своим смущением и внутренней скованностью. Они жалуются, что им трудно среди людей, что они не могут, как их сверстники, свободно и непринужденно себя вести, сойтись с товарищами, установить с ними хотя бы формальные контакты.

В результате трудностей контакта с людьми больные начинают стесняться сверстников, уклоняться от игр с ними, общего времяпровождения, чувствуют себя лишними, «не такими, как все». У них аутохтонно возникает или резко усиливается нерешительность и неуверенность в себе. Любое, даже привычное, дело рождает колебания и раздумья. Больные испытывают чувство нерешительности при ответах у доски в классе, сомневаются в правильности своих действий, беспокоятся о впечатлении, которое производят на окружающих.

Характерны особого рода «пубертатные переживания» в возрасте, выходящем за рамки подросткового (свыше 25 лет): повышенное

самонаблюдение, озабоченность своей внешностью и фиксация интересов вокруг нее с выраженной аффективной заряженностью размышлений, касающихся области осознания и совершенства своего физического «Я» и своих моральных поступков. Постоянно испытывая недовольство собой, они намечают многочисленные планы «исправиться».

Больные постоянно ищут причины своих отличий, очень болезненно это переживают и это еще больше лишает их поведение непосредственности и непринужденности.

На первый взгляд симптомы заболевания в этих случаях внешне выглядят как усиление в пубертатном возрасте характерологических особенностей личности. Однако отмечается диссоциация между психастеническими переживаниями и довольно стеничными формами отстаивания своей системы взглядов.

Постепенно чувство измененности своей личности, которое пациенты переживают очень болезненно, все больше усиливается. Явления аутопсихической (в меньшей степени — соматопсихической) деперсонализации могут сопровождаться и аллопсихической деперсонализацией. Некоторые, пытаясь искусственно исправить форму своего поведения, держатся утрированно независимо, развязно, изображая «своего парня».

В дальнейшем явления рефлексии начинают носить навязчивый характер, сопровождаются ментизмом, а также ощущением раздвоения своей личности, представлениями больного о существовании в нем двух «мыслящих начал», одно из которых контролирует другое, опротестовывает его действия, т. е. признаками, близкими как к деперсонализации, так и к психическим автоматизмам.

В качестве «осколков» невротоподобной симптоматики выступают эпизоды **обсессивно-фобических расстройств**:

а) навязчивый самоанализ, навязчивые мелодии и счет, различного рода социофобии, навязчивые страхи выглядеть смешным, покраснеть на людях, что у некоторых из них начинает сопровождаться особым ощущением «давления», «напряжения» в голове, в глазах);

б) лиссофобия (навязчивый страх заболеть психически);

в) суицидофобия, возникновение которой в этих случаях осуществляется по ассоциативным механизмам;

г) нарушения, характеризующиеся преимущественно обсессивной «умственной жвачкой» без внутреннего сопротивления — навязчивое мудрствование, навязчивое сомнение в правильности своих умозаключений, навязчивые опасения, навязчивое ожидание плохого исхода при любых своих начинаниях, которое доходит до амбивалентности и амбитендентности (патологические обсессивные сомнения).

При усилении этого нарушения обсессивный компонент редуцируется и возникает чувство утраты единства «Я», проявляющееся в ощущении раздвоения: больные отмечают, что в них как бы параллельно и

одновременно существуют два разнонаправленных типа мышления, две личности, два ряда душевных процессов. Фактически каждая мысль такого больного сопрягается с наличием противоположной ей по содержанию другой мысли («каждая теза имеет свою противотезу и я часто не понимаю, какая из них истинная»). Содержание переживаний больного, приобретая черты инертности и однообразия, становится все более нелепым, теряя даже внешние признаки психологической понятности.

Тимический компонент в основном представлен чувством безразличия, сочетающимся с тревогой или раздражительностью (тревно-апатические состояния или явления «анестетической меланхолии»). При этом идеи бесперспективности, малоценности, собственной несостоятельности имеются у всех таких больных, тогда как идеи самообвинения оказываются нехарактерными. Отчетливой моторной и идеаторной заторможенности не отмечается. Может иметь место аутохтонно возникающая беспредметная тревога. В этом случае фундированное ощущением собственной беспомощности осознание экзистенциальной опасности приводит к безуспешным попыткам найти ее источник, хотя рано или поздно больные начинают отдавать себе отчет в неадекватности бессодержательной тревоги и бесперспективности поиска ее причин.

Вариант с преобладанием метафизической интоксикации

В клинической картине доминирует увлеченность размышлениями, ранее не свойственными пациентам, носящими **сверхценный** характер, с погружением в мир эзотерики, мистики; теоретические размышления направлены на «разработку» философских проблем — о смысле жизни и смерти, о материи и душе, о предназначении человечества, о самосовершенствовании личности, о переустройстве общества, о пятом и шестом измерениях и т. п.

Для идеаторных разработок характерны непродуктивность (обусловленная снижением уровня абстрактного мышления), вычурность, резонерство, невозможность осмыслить изучаемую проблему в целом. Идеи, как правило, абстрактны, а вся деятельность больных полностью концентрируется на размышлениях о бессмысленности собственного и/или человеческого существования в целом. Развиваемые «философские», «этические», «социологические» теории отличаются не только доморощенной примитивностью, но и явной внутренней противоречивостью, вычурностью, порою просто нелепостью.

Подростки бывают целиком поглощены «своими проблемами», ради них все забрасывается — учеба, работа, развлечения, домашние обязанности. Они много читают, делают какие-то выписки, строчат трактаты. В беседе же обнаруживается поразительная неосведомленность в той области знаний, которая их привлекает. Прочитанное пересказывают сумбурно, основного смысла в нем не улавливают, выхватывают второстепенные детали. Творчество всегда непродуктивно.

Будучи госпитализированными, больные с метафизической интоксикацией держатся особняком от других или устанавливают избирательный контакт с одним-двумя больными шизофренией или шизоидными психопатами, наделенными высоким интеллектом, держатся около них, пытаются излагать им свои теории.

По содержанию «философские идеи» иногда приближаются к паранойяльному бреду, но отличаются от него отсутствием борьбы за претворение их в жизнь, сочетанием с общей неактивностью, вялостью: желание воплотить свои «идеи» высказывается, но никаких активных действий не предпринимается или выбираются явно не способные достичь цели и даже нелепые приемы.

Тимический компонент представлен в основном апатическим и дисфорическим настроением по типу «Unlust» (недовольство с оттенком протестного возмущения, неприязни, отвращения).

В целом диагностике аутистического псевдопсихопатического синдрома при шизотипических расстройствах помогает частое наличие в этих случаях следующей симптоматики:

а) **специфические нарушения мышления** (проявляющиеся расплывчатостью, витиеватостью, склонностью к рассуждательству, заумным высказываниям, резонерству, чудаковатости, «взбалмошности»);

б) **признаки когнитивного дефицита** (имеют место обрывы мыслей, ослабление их активной направленности);

в) **псевдоневротическая симптоматика:** сенестопатии, проявляющиеся в виде различных неприятных ощущений в голове; явления соматопсихической деперсонализации; абстрактная обсессивность, в том числе возникающие на непродолжительное время ипохондрические опасения навязчивого (фактически — доминирующего или сверхценного) характера;

г) **эпизоды субпсихотических состояний:** ониризм, взбудораженность, ментизм, отдельные гипнагогические и рефлекторные галлюцинации и галлюцинации воображения Дюпре (психогенно обусловленные галлюцинации, фабула которых вытекает непосредственно из наиболее аффективно значимых и длительно вынашиваемых в воображении идей).

У больных с аутистическим синдромом легко возникают **сверхценные идеи** справедливости, диффузная подозрительность, сенситивные **идеи отношения** (по сути — расстройства бредового уровня). В результате этого пациенты начинают думать, что окружающие знают об особенностях их психического состояния по необычности облика и их смущению, что замечают их «глупую» улыбку, «ненормальное» выражение глаз, недостатки их фигуры и т.п. и обмениваются друг с другом мнением о них.

При относительно неглубоком уровне депрессии отмечается высокий уровень суицидальной опасности (после рассудочного анализа складывающейся у больного ситуации и безуспешной и неразрешимой

борьбы противоборствующих и противоречивых мотивов практически по любому поводу).

При этом суицидальные попытки этих больных всегда возникают неожиданно для окружающих, и способы их особенно нелепы, жестоки и требуют проведения реанимационных мероприятий или оперативных вмешательств (в случае самопорезов). Чаще встречается амбивалентное и преднамеренное суицидальное поведение. Аутоагрессия больных с аутистическим синдромом отличается от таковой у психопатических личностей и имеет другую направленность: следы от нанесенных порезов обнаруживаются не только в области предплечий, но и на кистях, голенях, нередко одновременно наносились ожоги. Отмечается высокая частота повторных суицидальных попыток.

С годами все больше выступает ослабление или даже утрата психической активности, больные становятся вялыми, монотонными, малоинициативными. Имеет место трансформация тревожной мнительности в подозрительность и настороженность, нерешительности — в амбивалентность, неуверенности — в рефлексию по типу бесплодного мудрствования, т. е. происходит видоизменение психастенического типа личности в так называемый синдром изменений личности по шизофреническому типу.

В этом случае, по А. В. Снежневскому (1969), речь идет о нажитой дисгармонии психического склада типа глубокой шизоидии (дистоническом варианте дефекта). Наблюдается:

а) нарастающая интровертированность, рефлексия, усугубляющаяся нелюдимостью, утрата духовной связи с людьми и всей совокупностью общественной жизни;

б) обеднение аффективности, эмоциональной жизни, отсутствие душевной гибкости, что выражается, с одной стороны, в холодности, внутренней эмоциональной опустошенности и безразличии даже к близким, отсутствии тонкого эмоционального контакта, откликаемости при сохранении внешней формы «воспитанности» (т. е. сдвигом психестетической пропорции к анестетическому полюсу), а с другой — в эмоциональной хрупкости, несколько неадекватной чувствительности и ранимости, носящих эгоцентричную окраску (изменение эмоциональности по типу «дерева и стекла»);

в) усиление рационалистической схематичности мышления, разрыва его с реальными отношениями;

г) нарастающая стереотипия поведения, его ригидность, утрированная педантичность, утрата активности, пассивная подчиняемость жизненным обстоятельствам, недостаточная интегрированность влечений.

Б. Простые или бедные симптомами расстройства (F21.5)

При компенсаторном истощении и, соответственно, превалировании адаптационной составляющей приспособления — определяющим становится **собственно дефект**: сужение круга интересов с нарастающей аспонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности, постепенным уплощением аффекта и исчезновением желаний при одновременном углублении пассивности, вялости, безразличия, а в последующем — появлении грубых когнитивных нарушений.

Такого рода расстройство характеризуется преимущественно негативными симптомами. При этом в одних случаях формирование картины заболевания начинается с характерологического «сдвига», сопровождающегося искаженной непродуктивной деятельностью, а в других — с медленного углубления психической дефицитарности (нехватка «жизненной энергии», снижение инициативы, активности, эмоциональная нивелировка), падения успеваемости, затруднения в усвоении учебного материала. В соответствии с этим можно выделить два варианта этого расстройства:

- 1) дисмотивационный синдром (нарастающей шизоидизации);
- 2) амотивационный синдром (бедный симптомами).

1. Дисмотивационный синдром (нарастающей шизоидизации)

Эта форма заболевания является одной из наиболее частых при психопатоподобных шизотипических расстройствах (Личко А. Е., 1989). Соответствующие черты в преморбиде, позволяющие говорить о шизоидной акцентуации (Личко А. Е., 1983), по данным А. А. Александрова (1981), встречаются более чем в половине случаев. У остальных до начала болезни не выявляется каких-либо ярких черт характера и лишь в определенном возрасте — чаще всего в 16-17 лет — появляются и все более усиливаются шизоидные черты, достигающие иногда гротескных форм. Нарастает замкнутость, теряются прежние приятели, а новых не заводится, наступает некоторое охлаждение к близким. Учеба постепенно забрасывается. Иногда этому предшествует период усиленных, но малопродуктивных занятий — на выполнение домашних заданий тратится по многу часов, но они оказываются или невыполненными, или сделанными на низком уровне. Вскоре «руки опускаются» и пациенты начинают вообще уклоняться от учебы.

Однако выраженного «падения энергетического потенциала» не наступает. Вместо апатии и абулии нередко приходится наблюдать довольно напряженную деятельность в области необычных увлечений, причудливых интересов, или следует цепь энергичных, но поражающих своей нелогичностью поступков.

Характерен большой удельный вес крайних форм шизоидного поведения — от эксцентрической восторженности до полной пассивности и безразличия.

Прежний контакт с больными обычно нарушается. Эмансипационные устремления подростков нередко проявляются в непонятных побегах или блужданиях по городу, по окрестностям, уходом в лес, в степь. Дальние побеги нехарактерны. Толковых объяснений причины уходов из дома обычно не бывает: «гулял» — отвечает на вопросы подросток, пробродивший без пищи несколько суток по лесам и болотам. Потеряв прежних приятелей, новых знакомств либо вообще не заводят, либо они поражают своей необычностью — больные вступают в близкий контакт со случайными, незнакомыми людьми, явно не подходящими для компании. Попытки примкнуть к подростковым группам либо не предпринимаются вовсе, либо быстро кончаются неудачей.

Аутистическое фантазирование в этих случаях отличается своей разработанностью, яркой, конкретной и живой образностью, оно как бы подменяет реальный мир. Само по себе влечение к фантазированию становится гипертрофированным. С возрастом происходит постепенное трансформирование восторженно-экзальтированной экспансии в типичную монотонную одержимость, когда деятельность больных становится все более роботоподобной.

Жизнь подростка может полностью заполниться необычными увлечениями (патологическими хобби). Например, один подросток все дни был занят вычерчиванием планов фантастических городов, отмечая на них своими условными знаками все транспортные коммуникации, магазины, школы и даже общественные туалеты — десятки примитивных схем, как близнецы, были похожи друг на друга. Другой составлял планы футбольных и хоккейных чемпионатов для всех стран мира на много лет вперед. Третий все дни разъезжал по городу, «изучая» трамвайные маршруты. В качестве примеров подобных патологических хобби можно привести также ежедневное сидение в кино на всех фильмах без разбора, конструирование примитивных самострелов, квалифицируемое как «создание нового оружия», собирание в местах прежних боев неразорвавшихся мин, гранат, патронов с целью «изучить их устройство». Хобби могут носить телесно-мануальный характер: многочасовое занятий гантелями, чтобы «нарастить мышцы» и «укрепить волю», подражание йогам, плавание в холодной воде и т.п. Коллекционирование может также становиться нелепым — например, собирание образчиков испражнений разных видов животных.

Три черты отличают подобные патологические увлечения:

- 1) вычурность и необычность для данного возраста и поколения;
- 2) напряженность, крайнее озлобление, когда «мешают», заполнение ими всей жизни в ущерб развлечениям, прогулкам, сну, здоровью;
- 3) непродуктивность — никакого реального результата, тем более успеха, в излюбленной области не достигается, наоборот, иногда

обнаруживается поразительная неосведомленность в азах, несмотря на непрерывные многочасовые занятия (увлекающийся химией не знает ее школьных основ, составитель планов городов элементарно не ориентируется в своем районе и т.п.).

Однако некоторые старые увлечения, возникшие и упрочившиеся еще до болезни, могут устойчиво сохраняться, когда учеба и все другие занятия уже заброшены. Подобное увлечение шахматами, музыкой, рисованием и т.п. может оставаться не тронутым болезнью островком, где сохраняется и продуктивность, и собранность, и даже эмоциональная живость.

Алкоголизация нехарактерна для данного синдрома. В редких случаях небольшие дозы алкоголя употребляются в одиночку в качестве своеобразного допинга, снимающего напряженность и дающего трудно описываемые приятные ощущения. Зато курят нередко очень интенсивно. Правонарушения, если и совершаются, то обычно в одиночку и бывают связанными с патологическими хобби (кража радиодеталей для «изобретательской работы», попытка устроить взрыв с целью испытать «новое оружие» и т.п.).

Сексуальная активность обычно ограничена интенсивным онанизмом, которым иногда занимаются, не очень прячась от окружающих, но при укорах или расспросах с озлоблением отрицают.

В дальнейшем у таких больных оказываются значительно выраженными явления шизофренического дефекта (дистонического и, часто, атонического варианта) со сниженной трудовой адаптацией и плохим социальным приспособлением. Отмечается нарастание аутизма, чужаковости, вычурности, эмоциональной опустошенности, резонерства, нелепых абстрактных построений и импульсивных поступков, т. е. определенных элементов прогрессивности.

Следует подчеркнуть, что в том случае, когда на этом фоне возникают идеи иных родителей, иного происхождения, а также нарастание и углубление позитивных и негативных психопатологических расстройств, следует предположить, что болезнь протекает в рамках психотической формы шизофрении.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо сопоставление с шизоидным расстройством личности.

Следует упомянуть, прежде всего, о состояниях, хорошо известных в детской практике, но недостаточно фиксируемых «взрослыми» психиатрами. Речь идет:

- 1) о «детской аутистической психопатии» (H. Asperger, 1944) или «мягком аутизме» (Ritvo E., цит. по А. В. Смулевичу, 2007а);

- 2) непрогрессирующем варианте синдрома Каннера (раннем детском аутизме).

В первом случае уже в 3-4 летнем возрасте проявляются отдельные шизоидные черты (и прежде всего — «полевая» и малопонятная окружающим гиперкинетическая активность либо медлительность и

вялость). Такие дети предпочитают тихие, уединенные занятия, не стремятся к активному общению со сверстниками, не имеют стойких привязанностей к родным и близким; у них выражены проявления аутизма, патологической замкнутости. В дальнейшем эти расстройства не прогрессируют и даже несколько сглаживаются; пациенты, хотя и с некоторыми трудностями и особенностями, оканчивают школу, получают образование и адаптируются в социальной действительности, оставаясь несколько отстраненными и замкнутыми.

Во втором случае зачатки шизоидного склада могут обнаружиться вскоре после рождения (по отсутствию интереса к груди матери, безразличной реакции на внешние стимулы). К наиболее характерным проявлениям синдрома Каннера относятся нарушение эмоционального контакта с окружением, однообразие поведения, стремление к стереотипии внешней обстановки, плохая адаптация в новых условиях (перемена обстановки вызывает протест). У таких детей резко отстает становление речи (переход на понятие «Я») и коммуникативных функций, затруднено формирование элементарных навыков самообслуживания.

Проявления непрогредиентной формы варианта синдрома раннего детского аутизма, как правило, остаются стабильными на протяжении нескольких лет, а в дальнейшем, если состояние исчерпывается чертами врожденной аномалии и не обнаруживается признаков манифестации шизофрении, происходит известная компенсация психопатии. К 5-10 годам дети становятся адекватнее. Возможно их ускоренное умственное развитие, обычно не соответствующее некоторому отставанию в двигательной сфере (они остаются неловкими, не умеющими зашнуровать шнурки и т.д.). Однако моторная недостаточность, как правило, не распространяется на так называемую кортикальную сферу: сохраняя выраженные черты аутизма, они могут учиться, завершают образование, приобретают профессиональные навыки.

2. Амотивационный синдром (бедный симптомами)

Главное при этой форме шизотипических расстройств — явления **дефицитарности**, которые выражаются:

- на личностном уровне — признаками нарастающего аутизма, сужением диапазона эмоциональных реакций, нюансировки межличностных отношений, снижением продуктивности деятельности, обеднением влечений;
- на психопатологическом уровне — развитием так называемого «атонического дефекта» с вялостью, пассивностью, безынициативностью;
- на социальном уровне — ограничением социальной адаптации элементарным самообслуживанием, выполнением несложных профессиональных обязанностей, симбиотическим сосуществованием с родителями или опекунами.

Активный этап болезни определяется формированием расстройств анергического полюса с крайней бедностью, фрагментарностью, однообразием позитивных психопатологических проявлений, таких, как:

- субступорозные состояния (мягкая кататония по К. Kahlbaum, 1882);
- депрессивные расстройства с крайней бедностью, фрагментарностью и однообразием проявлений, относящиеся к кругу негативной аффективности (Смулевич А. Б., 2009в): апатические, астенические депрессии с недраматичностью клинической картины, характеризующиеся в целом угнетенным, мрачным настроением с ангедонией (первичным негативным аффективным симптомом, по С. Ю. Циркину, 2012), проявляющейся как в физической и социальной, так и интеллектуально-эстетической сферах и характеризующейся идеаторным торможением и когнитивными расстройствами
- аутохтонная астения с нарушениями самосознания и активности, проявлением алекситимии (неспособности к осознанию, выражению и описанию собственных чувств, душевного состояния);
- явления отчуждения (чувство безучастности, отстраненности от окружающего, неспособности испытывать радость, удовольствие, интерес к жизни).

По мере развития заболевания, в период стабилизации формируется дефект типа простого дефицита:

- нарастают медлительность, пассивность, ригидность;
- происходит нивелировка индивидуальных личностных свойств, эмоциональное опустошение, ограничение интересов, неуклонное оскудение внутреннего мира;
- усиливаются признаки психической несостоятельности — умственная утомляемость, жалобы на трудности концентрации внимания, наплывы, путаницу и обрывы мыслей.

В то же время такие пациенты, несмотря на эмоциональное опустошение и сужение круга общения («шизофрения как форма аутистического существования», по выражению Н. Еу (1955), не обнаруживают признаков регресса поведения, внешне вполне упорядочены, владеют необходимыми практическими навыками самообслуживания и ведения домашнего хозяйства, а также способны справляться с несложными профессиональными обязанностями.

Таким образом, в отличие от грубопрогредиентных форм простой шизофрении (в понимании Е. Краепелина), речь идет о таком типе процессуальных изменений, при котором болезнь, по выражению F. Mauz (1930), «снижает личность, ослабляет ее, но приводит к бездеятельности лишь определенные ее структуры».

Дифференциальная диагностика этих состояний на первых этапах требуется с затяжной атипичной аутохтонной депрессией (юношеские астенические состояния несостоятельности по Glatzel J., Huber G., 1968). Поскольку проявления этого заболевания характеризуются постепенным сглаживанием (или даже исчезновением) когнитивных расстройств, вкраплением аффективной атипичной симптоматики, а также некоторых других проявлений непсихотического регистра, как статика (аффективная составляющая), так и, особенно, регрессионная динамика этих нарушений оказывается отличной от «бедных симптомами» шизотипических расстройств, то отделить одно состояние от другого оказывается в принципе возможным.

Для отграничения от простой формы шизофрении следует учитывать следующее. Простая форма шизофрении — нечастое расстройство, при котором отмечается постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение общей продуктивности. Характерны уплощение аффекта и утрата побуждений, которые развиваются без предшествующих отчетливых психотических симптомов. При нарастающей социальной бедности может появиться бродяжничество, а больной становится самопоглощенным, ленивым, с отсутствием какой-либо цели. Таким образом, для этой формы шизофрении характерно прогрессирующее развитие заболевания и быстрое формирование характерных негативных симптомов шизофрении, проявляющихся выраженной утратой интересов, бездеятельностью и социальной аутизацией.

Тестовые задания

1. К псевдопсихопатическим симптомокомплексам относятся:
 - 1) аутистический, гебоидный, псевдоастенический синдром;
 - 2) импульсивно-диссоциативный, синдром нарастающей шизоидизации, гебоидный синдром;
 - 3) аутистический, истериформный, эпилептиформный синдром;
 - 4) конверсионно-диссоциативный, истериформный, аутистический синдром.

2. Для фобического синдрома при неврозоподобных шизотипических расстройств (неврозоподобной шизофрении) характерно:
 - 1) чаще встречаются в изолированном виде;
 - 2) превалируют в клинической картине на всем протяжении заболевания;
 - 3) быстро замещаются другими психопатологическими феноменами.

3. Коэнестезия – это:
 - 1) нарушение соматопсихической сферы, относящееся к расстройствам общего чувства тела и включающее протопатические, гаптические и витальные ощущения, а также опосредование физиологических и патологических процессов, происходящих в организме;
 - 2) выраженные стойкие сенсорно и пространственно недифференцированные расстройства общего чувства тела;
 - 3) необычные сенсации, лишенные сходства с проявлениями соматической болезни, обычно лишенные четкой формально-пространственной проекции.

4. Особенности соматоформных психических проявлений в структуре шизотипических расстройств является:
 - 1) всегда сопровождается выраженной аффективной симптоматикой;
 - 2) доминирование в клинической картине на всем протяжении заболевания;
 - 3) относительная непродолжительность и быстрое отягощение другими симптомами.

5. Синдром Глятцеля-Хубера характеризуется:
 - 1) нарушением управляемости мышления, деперсонализацией и сенестопатиями;
 - 2) астено-депрессивной симптоматикой;

3) расстройством самосознания.

6. Для субпсихотических проявлений конверсионно-диссоциативного синдрома характерно:

- 1) возникают вне связи со стрессовой ситуацией;
- 2) обманы восприятия не носят характер насильственных и произвольных;
- 3) имеют затяжной характер.

7. Для аутопсихической деперсонализации характерно:

- 1) отчуждение восприятия целостности «Я», ощущение неполноценности функционирования тех или иных сенсорных функций, отчуждение идеаторных форм самосознания;
- 2) ощущение «незримой стены», «пелены» между собой и окружающим, ощущение изменения своего эмоционального мира, отчуждение восприятия единства своего «Я»;
- 3) отчуждение восприятия целостности «Я», ощущение изменения своего эмоционального мира, отчуждение идеаторных форм самосознания.

8. Обсессивный бред характеризуется:

- 1) конкретизацией идей преследования или заражения, целей и способов возможного причинения вреда;
- 2) стабильностью, отсутствием тенденции к расширению и систематизации параноидной составляющей;
- 3) широкой бредовой интерпретацией происходящих событий.

9. Гебоидный синдром характеризуется:

- 1) нецеленаправленным поведением, отсутствием собранности, дурашливостью;
- 2) карикатурно-утрированными проявлениями искаженного пубертатного криза, астеническим симптомокомплексом, нарушением влечений, эмоциональной извращенностью;
- 3) отчётливой и стойкой эмоциональной неадекватностью и отчётливыми расстройствами мышления, проявляющимися в разорванной или бессвязной речи.

10. Для аутистического синдрома не характерно:

- 1) формирование сверхценных идей;
- 2) формирование астенического варианта дефекта;
- 3) признаки когнитивного дефицита.

Рекомендуемая литература

Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 47 с.

Воробьев В.Ю. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации // Журн. невропатол. и психiatr. им С.С. Корсакова. – 1971. – Вып. 8. – С.1224-1232.

Гомозова А.К. Обсессивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2010. – 22 с.

Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В. (и др.). Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 488 с.

Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах : диагностика, клиника, терапия. – СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 288 с.

Колюцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушения шизофренического спектра – автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 26 с.

Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. – М.: Медицина, 1986. – 176 с.

Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства /Под ред. А.П.Коцюбинского . – СПб: СпецЛит, 2015. - 495 с.

Краснов В.Н. Диагностика шизофрении // Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова (и др.) – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 443-450.

Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. -216 с.

Незнанов Н. Г. Персонализированная медицина и семантика персонализированного диагноза // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии: тезисы конф. 19-21 сентября 2013, Самара / под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова. – Самара. – 2013. – С. 3.

Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные состояния при расстройствах шизофренического спектра (феноменология, динамика, коморбидность): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. - 22 с.

Попов М.Ю. Теоретические предпосылки концептуализации шизофрении. Сообщение 1. Диагностическое значение фактора прогрессивности // Рос. Психиатрический журнал. - 2004а. - № 3. – С.28 - 34.

Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1985. - № 11. – С. 1674-1680.

Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения в общей медицинской практике // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн.им. П.Б. Ганнушкина. -2002. - № 5. – С.172 -175.

Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2009 в. - № 11. – С. 4 – 15.

Снежневский А.В. Клиническая психопатология : руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – Т. 1. – М. : Медицина, 1983. – С. 16 – 97.

Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Бином, 2012. – 288 с.

Шлемина И.В. Клиника шизотипического расстройства (малопрогрессирующей шизофрении), сочетающегося с алкоголизмом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.

Этингер А.М. Юношеские дисморфофобические депрессии (типология, диагностика, прогноз) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.

Александр Петрович Коцюбинский

Юлия Владимирована Исаенко

Камила Аскарровна Лукманова

Анастасия Михайловна Моргунова

ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Учебно-методическое пособие

Редакционно-издательский отдел ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева
192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3
тел . 365-20-80
факс 412-54-06
E-mail onmi@bekhterev.ru

Подписано в печать г.
Формат Бумага офсетная
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ.лист ...
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3