

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Под ред. проф. А.Г.Гофмана

4-е издание, дополненное



Москва
«МЕДпресс-информ»
2015

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

К49

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

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

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

Книга предназначена для медицинских работников.

Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. проф. А.Г.Гофмана. — 4-е изд., доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2015. — 720 с.

ISBN 978-5-00030-194-4

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

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

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

ISBN 978-5-00030-194-4

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

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

Содержание

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

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

Предисловие

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ – ОСНОВНАЯ ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Описание может осуществляться в великом множестве аспектов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Президент НПА России Ю.С.Савенко

Часть I. РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

1. Атипичный циркулярный психоз

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

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

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

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

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

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

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

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

Консультации специалистов

Терапевт: гипертоническая болезнь II стадии, атеросклеротический кардиосклероз.

Невропатолог: гипертоническая болезнь II стадии, атеросклероз церебральных сосудов.

Офтальмолог: гипертонический ангиосклероз.

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

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

Анализы в норме.

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

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

Вопросы психологу

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

Вопросы врачу-докладчику

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

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

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

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

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

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

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

Беседа с больной

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

не только дочка Вас тревожит? Может быть, и болезнь сама по себе так проявляется? Вы ведь болеете уже не один год? — Да. — Вы ведь не один раз поступали сюда? Вы считаете, что эти поступления связаны только с тревогой за дочь? — Нет, это продолжение моей болезни. — Тогда скажите, пожалуйста, в чем заключается Ваша болезнь, по поводу которой Вас лечат и по поводу которой Вы периодически поступаете в больницу? Перечислите основные признаки этой болезни. Как Вы ее понимаете сами? — Когда я осталась без мужа — муж умер, у меня очень усугубилось это беспокойство. — Тогда появились тревога и тоска? — Тоска и страх. — В каком году это было? — Муж умер в 1988 году. — Возникли тревога и страх. Страх какой? — Страх, как я буду дальше воспитывать младшую дочь, потому что я осталась с нею одна. У меня было тяжелое материальное положение, и я решила пойти в магазин работать. Но я часто бюллетенила, меня часто беспокоили эти тревоги. — Тревога, тоска, страх — это Вам мешало работать? — Да, это мне мешало. — Сколько Вы проработали в магазине? — Два года. — Тем самым Вы все-таки поправили свое материальное положение? — Да. — А дальше Вы не могли работать по болезненному состоянию? — Да, по болезни. — Тревога оставалась, страхи? — Да. — А дочь давала основания для такой тревоги? — Да, она мне сразу сказала, и мне стало плохо. — Сказала о том, что употребляет наркотики? — Да. — Когда же она сказала? — В этом году. — А чем тогда она Вас тревожила? — Меня тревожило материальное положение и чтобы она закончила техникум. — Чтобы она закончила образование, и Вы смогли ее материально поддержать? — Да. — Вам это удалось? — Да, удалось. — После окончания техникума она стала работать? — Да, бухгалтером. — Перейдем теперь к особенностям Вашей болезни. Эта болезнь, которая началась у Вас после смерти мужа 10 лет назад, держится все эти 10 лет непрерывно или за это время были какие-то перемены, улучшения? Может быть, даже совсем хорошее состояние? — Нет, не было хорошего. — Нам доктор рассказывала, что в течение 2 лет у Вас было хорошее состояние и настроение. — Было, немного было. — И тревоги в это время никакой не было? — Да. — Значит, нельзя сказать, что все было плохо непрерывно 10 лет. Был период, примерно 2 года, когда Вам было значительно лучше. А последние годы, с 1996, Вы поступаете в больницу часто? — Да. — Как на Вас влияет лечение? Помогает или не очень? — Помогает. — Теперь помогает или помогало каждый раз, когда Вы поступали в больницу? — Когда я поступала в больницу. И сейчас мне легче. — Сейчас Вам легче в большей степени, чем те облегчения, которые наступали в предыдущие поступления? — Нет, сейчас у меня еще не очень хорошее состояние. — В предыдущие выписки у Вас были более хорошие состояния? — Да. — Вы не раз слышали какой-то голос? — Да. — Внутри головы или извне? — Внутри головы. — Опишите, пожа-

луйста, поточнее, как Вы его слышали? Это знакомый голос или незнакомый? — Это незнакомый мужской голос. — Что он говорил? — Он мне говорил, что нужно встать, привести себя в порядок, не раскисать и найти себе какое-то занятие: «Встань сейчас же! Встань сейчас же!» — Сколько было таких эпизодов? — Этот эпизод был один раз. — В каком году? — Это в 1990 году, а за последний год был еще один голос, перед тем, как мне поступить сюда. — Когда Вы его услышали, Вас это напугало? — Испугало. Я побежала в диспансер. — К врачу? Вы поняли, что это болезнь? — Да. — Поняли, что это галлюцинации и побежали просить помощи? — Мне голос сказал. — Он Вас направил? — Да. — Вы понимали, что не может быть внутри головы какой-то человек, или Вы об этом не думали? — Я была в ужасном состоянии, я ничего не думала. Я только слышала, он говорил мне так: «К врачу-чу-чу-чу, к врачу-чу-чу-чу...». — Повторялся последний слог слова «врачу»? — Да, и я взяла путевку. — И Вас поместили в больницу? — Да. — Испытывали ли Вы, кроме этого голоса, какое-то на себя влияние? — Страх просто. — Чего Вы боялись? Страх, что Вам нехорошо? Или Вы боялись голоса, того, кому этот голос принадлежал? — Да, и этого тоже. — Что Вы думали? Кто это, и с какой целью он Вам это говорит? — Я думала... Я человек необщительный и мне часто кажется, что за мной кто-то следит. — Это что такое? Такая черта характера? Опасения, подозрения? — Да, мнительность. — А ощущение, что за Вами кто-то наблюдает, следит или обращает внимание, когда появилось? — После смерти мужа. — После 1988 года? Расскажите немножко подробнее, как Вы переживали или Вам казалось, что кто-то за Вами следит, и как часто это бывало? Вы на самом деле думали, что кто-то за Вами наблюдает, или Вам это просто казалось? — Мне просто казалось. — А какие-то доказательства того, что наблюдают, были? — Нет, не было. — Значит, просто такие сомнения? — Да. — А было ощущение, что кто-то как-то на Вас влияет? Мысленно или с помощью каких-то особых способов? Влияет на Ваши мысли, чувства, поступки, действия? Чтобы Вы прямо физически ощущали на себе какое-то влияние? — На меня кто-то давил. — Как? — Не знаю, как это объяснить, может быть, это в страхе, тревоге. — Это было психологическое давление, а не физическое? — Да. — Что бы Вы сами еще хотели сказать в связи с нашим консилиумом? Может, есть какая-то просьба? Хотите что-то уточнить? Может, не успели сказать доктору что-то важное? — Сейчас у меня скованность, неуверенность и тревога. — Но если сравнить Ваше состояние при поступлении и сейчас? — Сейчас лучше. — А чем лучше? — Я стала общаться — появилось желание разговаривать с людьми. — Еще что изменилось? — Я стала смотреть телевизор. Стала смотреть открытыми глазами на больных. Мне стало не так страшно. — А раньше боялись на них смотреть? Почему? — Не

знаю. — *До какого момента Вы считали, что Вашу семью и Вас в том числе сглазили, что это результат какого-то колдовства?* — Да, я так предполагала. — *И сейчас так считаете?* — Сейчас я лучше себя чувствую и сейчас так не считаю. — *А тогда как считали, когда было худо совсем?* — Когда было худо, я считала, как в народе говорят, «это Вам сделали». — *А сами как думали? Что это на самом деле? Кто мог сделать и для чего?* — На самом деле я не считаю, что меня околдовали.

Вопросы врачей

- *Вы в больнице уже несколько раз, привыкли. Почему Вы боялись смотреть на больных? От них исходила какая-то угроза?* — Дело в том, что я лежала раньше в 9-м отделении, и я не боялась там никого. А в это отделение я попала в первый раз и почему-то относилась с опасением, со страхом. — *Вы боялись, что Вам причинят какой-то вред?* — Да. — *Вам казалось, что Вас обсуждают?* — Казалось. — *У Вас было ощущение, что в отделении Вы находитесь как бы в центре внимания?* — Было, потому что все на меня показывали — «новенькая, новенькая». — *Это говорили в палате или Вы, находясь в палате, слышали, как в коридоре говорят «новенькая к нам поступила»?* — Нет, в коридоре, я по коридору ходила. — *Вы слышали за спиной, как говорили про Вас, что Вы новенькая?* — Да. — *С недоброжелательным оттенком говорили?* — Нет. — *А почему тогда угроза?* — Я стесненно себя чувствовала, я попала в другое отделение, и мне все казалось не так. — *Вы слышали, как они Вас называли по имени?* — Они называли меня по-другому, не по имени-отчеству, а присвоили мне прозвище «бабушка Лена». — *Вы по характеру стеснительный человек?* — Да, я очень замкнутая. — *Раньше, если Вы попадали в какие-то новые условия, например в дом отдыха, Вы тоже стеснялись?* — Да. — *Было неприятно?* — Я последнее время не ездила, была дома. — *Вы сейчас пожаловались на скованность. Опишите подробнее, что это такое.* — Мне надо расслабиться, у меня напряжены все мышцы. — *Вам трудно двигаться?* — Нет, мне трудно говорить. — *Язык не слушается?* — У меня сейчас нет зубов, и я стесняюсь. — *Вы нормально говорите. Вам трудно говорить или двигаться?* — Я бы не сказала, что я не двигаюсь, я двигаюсь. — *У Вас нет ощущения, что движения скованны?* — В движениях нет. — *Значит, мышцы напряжены из-за тревожного состояния?* — Да, из-за тревожного состояния. — *А на одном месте трудно находиться тоже из-за тревожного состояния?* — Да, я не могу. Я сяду, потом встану, потом похожу, потом опять... — *Вы можете, например, пообедать?* — Пообедать могу. — *А смотреть телевизор?* — Сейчас стала смотреть. — *Можете всю передачу посмотреть или все время вскакиваете?* — Могу. — *И весь обед съест, не сходя с места, можете?* — Весь обед могу. — *А было так,*

что Вы не могли весь обед съесть? — Было. — *Первое съедали, а потом вставали?* — Нет, такого не было. — *А почему не могли весь обед съесть?* — Не нравилось. — *Не нравилось или потому, что у Вас было беспокойное состояние?* — У меня было беспокойное состояние, но я терпела. — *Когда Вы ложитесь спать, Вы сразу находите нужное положение?* — Нет, я долго шевелюсь. — *Засыпаете не сразу?* — Нет. — *Вам все неудобно?* — Мне все неудобно. — *Вы вышиваете?* — Нет, у меня зрение плохое, я не вижу. — *Чем Вы сейчас заняты в отделении?* — В основном отдыхаю, смотрю телевизор. — *Вы можете, например, зашить что-то?* — Конечно. — *Руки слушаются?* — Руки? Вы знаете, я писать не могу. — *Почему?* — Трясутся руки. — *Сколько времени руки трясутся?* — Уже года два. — *У Вас почерк изменился?* — Изменился. — *Какой он стал?* — Плохой. — *Просто неровный?* — Да, неровный, я плохо пишу буквы, они у меня прыгают. — *А чашку когда держите или ложку, они тоже прыгают?* — Да. — *А стирать можете?* — Конечно. — *Мелкие вещи стираете?* — Обязательно. — *Затруднений нет?* — Нет. — *Можете зашить что-то, пуговицу пришить?* — Конечно, пуговицу пришью. — *В иголку попадаете?* — Нет, одеваю очки. — *Нитка попадает в иголку?* — Стараюсь, попадаю, но не с одного раза. — *Руки трясутся?* — Да.

• *В 1990 году Вы слышали голос и недавно тоже. Это был мужской голос?* — Это был мужской голос. — *А откуда он все-таки взялся?* — Понятия не имею. — *Как предполагаете? Это реальный голос, реальный человек или почувилось, болезнь?* — У меня болезнь. — *Сейчас Вы как считаете, что это было?* — Типа приказа. — *Как это объяснить? Кто это был на самом деле?* — Затрудняюсь ответить. — *А кто-нибудь еще слышал этот мужской голос?* — Нет, не слышали. — *Вы уверены?* — У меня дома никого не было, я одна была. — *А если бы был кто-то, мог бы слышать?* — Нет, потому что у меня внутри, в голове сказали, что нужно идти к врачу. — *Значит, этот голос могли слышать только Вы?* — Да, только я. — *А другие?* — Нет. — *А до 1988 года что Вас беспокоило, кроме застенчивости и неуверенности?* — У меня был очень тяжелый климакс. Я лежала в клинике неврозов. — *Это когда было?* — Это было в 1985 году. — *Настроение было тяжелое?* — Тяжелое было состояние, очень тяжелое. — *Оно было похоже на то, что появилось позже?* — Нет, не похоже. — *А чем не похоже?* — Тогда я ощущала климакс, у меня было повышенное давление, такое «мотающее» состояние. — *Каких-нибудь страхов тогда не было?* — У меня страхи постоянно. — *Вам трудно с нами говорить?* — Нет, вы же мои друзья, вы должны мне помочь, я очень рада, что меня представили такому консилиуму. Я просто прошу помощи.

• *Вы раньше работали бухгалтером?* — Да. — *Работа ответственная, связанная с финансами. Вы были спокойны за собственный труд, его результаты?* — Да. — *Вы сказали, что младшая дочь в последнее время*

изменила к Вам отношение. — Да. — *А в чем это проявилось?* — Потому что она наркоманила. — *А по отношению к Вам в чем это проявилось?* — Она вообще по характеру такой человек, что у нас с ней нет контакта. — *И раньше не было?* — Не было и раньше. — *А за последнее время отношения ухудшились?* — За последнее время ухудшились. — *Из-за чего?* — Она мне сказала, что употребляет наркотики, из-за этого. — *Это Вы к ней изменили отношение?* — Да, а она ко мне, наоборот, стала сейчас лучше. Она хочет, чтобы я ее простила. — *Она хочет быть ближе к Вам?* — Да. — *Не стала к Вам грубее?* — Нет, она хочет, чтобы я простила ее тяжелый поступок.

• *Вы лежали в больнице 6 раз, и Вас всегда лечили очень большим количеством лекарств. В этот раз другая ситуация: Вас лечат только двумя препаратами. Вы ощущаете какую-то разницу? Когда быстрее наступало улучшение?* — В этот раз мне Людмила Николаевна другие препараты назначила. Я бы не сказала, что они на меня плохо действуют. Эти препараты медленно, но все-таки дают мне улучшение. — *Ощутимое?* — Да. Я стала более раскованной. Но хотела бы еще... — *А раньше, в предыдущие стационарирования, когда получали много препаратов, было что-то тягостное?* — Конечно, было. — *Что?* — Я человек очень замкнутый, и это явление меня не бросает. Я и не скованна, не замкнута, но что-то все равно кажется не так, несмотря на то, что, придя из стационара, мне было лучше. — *А в этот раз Вы чувствуете, что Ваша замкнутость уходит?* — Сейчас да. — *Вы стали активнее?* — Я сейчас более активна. — *Это для Вас ново?* — Безусловно.

Ведущий. — *Теперь мы поблагодарим Т.Ф. и пожелаем скорее выздороветь. Новый препарат очень эффективный, и мы не сомневаемся, что Вам скоро станет совсем хорошо. Всего Вам доброго, и чтобы в семье у Вас было все в порядке. Будьте здоровы, отдыхайте. До свидания.*

Врач-докладчик. Вначале, когда я узнала, что больная уже много раз стационарировалась с жалобами на постоянную тревогу и так далее, сомнений в диагнозе у меня не было. Но по мере того, как я стала наблюдать больную, расширила анамнестические данные о ней, выяснила, что болезнь началась с 50 лет с периода менопаузы, мое мнение изменилось. Учитывая ее преморбидные особенности: тревожную мнительность, застенчивость, замкнутость, малообщительность — и очень большой удельный вес аффективных расстройств с начала ее заболевания, эндогенную депрессию с суточными колебаниями настроения и учитывая, что в последнее время, с 1996 года, у нее появились слуховые галлюцинации, которые носили императивный характер, начинающийся симптом Кандинского—Клерамбо, можно думать о поздней форме шизофрении на органически неполноценной основе сосудистого генеза.

Обсуждение

Ведущий. Я неудовлетворен оценкой терапии. К сожалению, нам не была представлена терапия в предыдущие стационарирования в сопоставлении с терапевтической динамикой состояния и состоянием на момент выписки, и поэтому нам трудно давать сравнительную оценку и анализ той комбинированной терапии, которую она получала ранее, и этой монотерапии паксиллом. Я предлагаю более подробно обсудить дифференциально-диагностический аспект, поскольку у меня возникают серьезные сомнения в диагнозе лечащего врача.

О.Э.Шумейко. На мой взгляд, статус, прежде всего, депрессивный. Говорить о том, что есть синдром Кандинского—Клерамбо, мне кажется неправильным в связи с эпизодичностью, кратковременностью и достаточной давностью этих слуховых галлюцинаций, которые скорее носили истинный характер (она бегала на балкон искать источник голосов). Не было ни воздействия, ни преследования. Кроме того, анамнез больше «органический»: и гипертоническая болезнь, и начало в климаксе с сосудистых нарушений. В экспериментально-психологическом исследовании также обнаружена очень большая выраженность «сосудистых» изменений личности, а изменения, трактуемые как эндогенные, мне кажутся в данном случае сомнительными. Исходя из этих позиций, я скорее расценил бы ее как пациентку, страдающую органическим поражением нервной системы сложного генеза, сосудистого и травматического, с аффективными нарушениями.

А.Ю.Магалиф. Я также оцениваю статус, как депрессивный. Здесь присутствуют элементы тревоги в депрессии. Какая это тревога, первичная или вторичная? Первичная тревога сродни меланхолическому синдрому и имеет право на отдельное существование. Вторичная тревога — это реакция личности на деперсонализацию. В данном случае, конечно, имеется первичная тревога. Больная жалуется на постоянное тревожное самочувствие. Конечно, этот тревожный аффект нельзя рассматривать в отрыве от той ситуации, в которой находится больная. Доктор подчеркивала в анамнезе и мы видим при осмотре в статусе, что она очень сильно реагирует на ситуацию дома, с дочерью, с финансами и т.д. Тревожный статус постоянен и в отделении, однако мне не удалось выявить у нее бредовой настроенности. Я не расцениваю ее идеи отношения как бредовые. Это скорее сенситивные идеи отношения, присущие депрессивному больному. На те вопросы, которые я ей задавал, она отвечала ситуационно обусловлено. Она всю жизнь тревожный человек и всегда чувствовала себя плохо среди большого количества людей, привыкла к другому отделению и здесь сначала оказалась в новой для себя ситуации.

Иллюзорного галлюциноза мы здесь не обнаруживаем. Ее не обсуждают за спиной и не говорят о ней гадости, что можно было бы видеть, если бы это был депрессивно-бредовой статус. Теперь о ее моторных расстройствах. Она сама сказала нам о скованности. Может быть, элементы скованности и присутствуют, но походка легкая, она может выполнять тонкие механические движения, может шить, стирать мелкие вещи, может вдеть нитку в иголку. Нарушения моторики представлены прежде всего тремором, который существует уже два года. Изменения почерка также развиваются не по паркинсоническому типу, а именно по сосудистому, т.е. появляется тремор. Ощущение напряженности и скованности непосредственно связаны с ее тревожным состоянием, и она это подтвердила. Теперь по поводу динамики заболевания. О наследственности тут уже говорили: это обьективные расстройства, которые наблюдались у близких родственников. Она всю жизнь тревожно-мнительный человек. Заболевание дебютировало в климактерическом периоде на фоне мощной эндокринной перестройки у сосудистой пациентки с усилением гипертонической болезни и дальше развивалось довольно однотипно. Аффективные фазы с ремиссиями, но каждая депрессия всегда с тревогой. Галлюцинаторные расстройства носят характер вкраплений. Они, с моей точки зрения, не эндогенного, а сосудистого генеза. Надо учесть также тяжелую травму в детстве. Травмы в молодости очень сильно дают о себе знать в пожилом возрасте. В работах Мелехова описаны военные травмы, которые сначала казались очень легкими, а впоследствии давали серьезные сосудистые изменения. Я бы расценил ее как больную с инволюционной меланхолией на фоне сложной церебрально-органической недостаточности преимущественно сосудистого генеза. Теперь о терапии. Больная, по сути, находится на монотерапии. Паксил – препарат, адресованный, в первую очередь, серотонинергической системе. Если оценивать его по силе действия в шкале антидепрессантов, он, конечно, уступает известным трициклическим препаратам. И у него есть особенности. И прозак, и паксил очень часто усиливают тревожность, именно первичную тревожность. Я не видел раптоидных состояний на паксиле, но усиление тревожного аффекта наблюдал неоднократно. Среди практических врачей уже формируется мнение, что при тревожной депрессии паксил назначать нельзя. Я видел у больных шизофренией обострение нарушений мышления на паксиле. Вначале это депрессивный синдром, затем резкое улучшение состояния, буквально полет мыслей, а потом хаос мыслей, напряжение и полный разброс. Если сразу отменить паксил, становится лучше. Паксил часто действует как стимулирующий препарат. Динамика у больной положительная. Но я думаю, что, если сейчас добавить анафранил, тревога редуцируется

скорее и пациентка выйдет из болезненного состояния. Недаром она просит внутримышечный реланиум.

Н.Р.Андреева. Я продолжу тему лекарственной терапии. Я работаю на фирме, которая выпускает паксил, и идея показать больного, которого лечат только паксилом, родилась у нас. Эффект от применения паксила, как правило, проявляется через две недели, как это и произошло в данном случае. Я бы не сказала, что у этой пациентки возникло обострение тревоги. Просто тревога у нее уходит не настолько быстро, как хотелось бы. Действительно, паксил в ряде случаев обостряет тревогу, но опыт московских врачей показывает, как с этим бороться. Врачи не отменяют паксил, а увеличивают дозу, — и тревога уходит. Известно, что в начале лечения симптоматика иногда обостряется. Это касается многих препаратов, не только паксила. Паксил и прозак относятся к одной группе серотонинергических препаратов, но по клиническому проявлению своего действия они различаются. Прозак — это стимулирующий антидепрессант, а паксил занимает промежуточное положение. Это препарат сбалансированного действия, то есть он имеет и транквилизирующий, и стимулирующий эффекты. Седативного практически нет. Мы видим это и в клинике нашей пациентки. Стимулирующий эффект проявляется активизирующим действием. Двойственное действие паксила очень выражено. Он оказывается эффективен как при астенических и апатических состояниях, при витальных депрессиях, так и при тревожных депрессиях. Что касается нашей пациентки, мне кажется, что, пользуясь монотерапией, нужно было быстрее наращивать дозу. Она уже почти месяц на дозе в 20 мг и можно было бы добавить еще 10 мг. На 30 мг она наверняка пошла бы лучше, эффект был бы быстрее, и, может быть, это стоит сделать сейчас. Учитывая, что препарат хорошо сочетается с другими препаратами, можно назначить еще и реланиум, и эффект наступит быстрее. Довольно широкое действие паксила, и антидепрессивное, и активизирующее, позволяет нам уменьшать набор препаратов, которые мы используем при лечении пациентов. Это дает возможность уменьшить дозы тех препаратов, которые мы назначаем в дополнение. Это большой плюс. По литературным данным и данным наших московских клиник, которые более прицельно изучали действие паксила, в частности Научного центра психического здоровья, мы можем судить о силе действия паксила, и нет данных о том, что по этой характеристике он как антидепрессант уступает амитриптилину или мелипрамину. Если вы назначите адекватную дозу, то получите такой же эффект, как у амитриптилина, избавив пациента и от сухости, и от запоров, и от ряда других побочных эффектов. — *А как Вы оцениваете пациентку диагностически?* — Здесь трудно говорить о шизофрении. Сейчас ведущий синдром

тревожно-депрессивный. Я бы говорила в данном случае об аффективном заболевании. Учитывая два года, когда у нее было состояние гипомании, я думаю, что здесь можно говорить о биполярном заболевании.

А.Ю.Магалиф. Я не собираюсь бросать тень на прекрасные препараты последнего поколения, но я хочу призвать докторов быть немного более критичными. Самый благоприятный вариант антидепрессанта, который внедряется в практику, — это препарат с балансирующим действием. Когда мы говорим о балансирующем действии, мы предполагаем антитревожный эффект. Однако если речь идет о первичной тревоге, то никакого балансирующего действия у препарата со стимулирующим компонентом вы не увидите. Может быть, если вы дадите больному гораздо больше паксила, чем 20 мг, вы получите седативный эффект. Но в обычной рекомендуемой практике, когда дается одна таблетка паксила или капсула прозака, вы никакого седативного эффекта при первичной тревоге не получите, а если и получите, то очень редко. А вот обострение тревоги можно получить часто. Если речь идет о вторичной тревоге, то есть о тревожном аффекте меланхолического больного как реакции на деперсонализацию (не может работать, «все пропало», затруднения мышления, «что со мной будет, что будет с семьей?»), то можно получить позитивный результат, воздействуя на меланхолический аффект. Теперь о механизме действия. Паксил действует на серотонинергические рецепторы, а при серотонинергии тревожный эффект повышается. Паксил вообще нельзя сравнивать с сильными трициклическими антидепрессантами. Он занимает свое место в этой шкале. Никто из врачей не будет лечить тяжелейшую депрессию паксилом. Другое дело, что этим препаратом будут пользоваться, если у больного повышена реакция на холинолитическое действие. Есть больные, у которых таблетка amitriptилина вызывает тяжелые расстройства. Конечно, в таком случае будут применять паксил. Он является препаратом выбора. Но не может претендовать на роль глобального препарата. Этого от него и не требуется.

Н.Р.Андреева. То, что врачи не будут лечить тяжелейшую депрессию паксилом, на мой взгляд, вопрос спорный. Если и не будут, то, прежде всего, в силу традиций.

А.В.Белов. Мы говорим о действии паксила без оценки статуса пациентки. Если оценивать состояние больной, то я вижу минимальный эффект действия паксила. Того эффекта, о котором нам говорит коллега, утверждая, что паксил дал заметно лучший эффект, чем те препараты, которые больная получала в предыдущие поступления, с моей точки зрения, нет. Я также категорически не согласен с тем, что паксил можно поставить в один ряд с трициклическими антидепрессантами.

ми, в частности с амитриптилином. Я пробовал паксил у тяжелых депрессивных больных. Улучшения не было. Мне приходилось менять препарат, потому что я не мог смотреть на страдания пациентов. Я переводил их на амитриптилин, который даже не в инъекциях, а в таблетках оказывал эффект с первых дней. — *Какой эффект?* — Противотревожный. Депрессия еще не уходила, но как только уходила или уменьшалась тревога, пациенту становилось легче. Для меня такие препараты, как золофт, прозак, паксил — это препараты, которые стоят ближе к амбулаторной практике, для пограничных больных.

М.Е.Бурно. Я согласен с диагнозом Людмилы Николаевны. Хочется вспомнить статус пациентки. Она говорит, что она спокойна, но мне видится, что она все-таки тревожна. Состояние, конечно, остается депрессивным, субдепрессивным, тревожно-депрессивным с ажитацией. Одновременно она вялая, напряженно-вялая. Вот в чем обнаруживается схизис. Напряженно-вялая и гипомимичная при том, что внутренне душевно напряжена. Когда я спрашивал ее о голосах, то, по-моему, отчетливо обнаружилось не критическое отношение к этой остро перенесенной галлюцинаторной психотике. Она не знает, откуда шел голос. Она согласилась, что голос передавался именно ей в голову и другие люди не могли его слышать. Но когда я спрашиваю, кто может передавать этот голос в голову, она не знает что ответить, теряется и пугается в ответ на этот вопрос. В этом я вижу не критическое отношение к перенесенной острой психотике, как это и бывает при шубообразной шизофрении. Сейчас, по-видимому, острая психотическая симптоматика схлынула. Личность больной сравнительно сохранна, прежде всего, потому, что болезнь — я говорю о шизофрении — началась поздно. Я бы сказал, что диагностически шуб видится мне не просто как депрессивный, тревожно-депрессивный с ажитацией, а как депрессивно-параноидный. Думаю, что это не просто органические галлюцинаторные включения, как здесь говорили. Ведь эти галлюцинации отвечают содержанию переживаний. Ведь они посылают в больницу. И именно этими галлюцинациями объясняются тревожно-депрессивные переживания больной. Я должен еще отметить, что пациентка говорит о перенесенной психотике скупно, достаточно формально, приходится из нее вытягивать все это. Диагностически: шубообразная шизофрения в позднем возрасте на органически неполноценной почве. Как психиатру-психотерапевту мне хотелось бы сказать, что наряду с лекарственным лечением возможно помогать в этом случае и психотерапевтически. Я понимаю, что многим трудно слышать о психотерапии психотических случаев. В «Руководстве по психотерапии», выпущенном нашей кафедрой в 1985 году, есть глава, написанная В.Е.Смирновым, где весьма выразительно рассказано о том, как можно именно таким психотическим больным

с неотчетливой критикой помогать отмежеваться психотерапевтически от психотических расстройств и яснее увидеть эти расстройства именно как болезнь.

Ведущий. В журналах НПА неоднократно писалось о том, что российские психиатры, как и их зарубежные коллеги, должны осваивать феноменологию Гуссерля и Ясперса. Умение видеть тот или иной феномен психического нарушения должно оттачиваться на специальных конференциях, клинических разборах. Вычленение той или иной психопатологической симптоматики должно основываться на правильном видении внутреннего мира переживаний пациента и на данный момент, и на этапах течения болезни.

Возвращаясь к статусу больной, мы должны более внимательно оценить то, что видели сегодня. И я думаю, недостаточно ограничиться лишь констатацией наличия тревожной депрессии как таковой. Оценка статуса нуждается в дополнениях, в интерпретации. Несомненно, это затяжная эндогенная тревожная депрессия, степень выраженности которой сейчас уменьшается, скорее всего, в результате терапии паксиллом. Больная обнаруживает признаки некоторой вялости, которые созвучны и связаны с ее преморбидными личностными особенностями и качествами. Но это не та вялость, не та гиперергия, дефицит энергетического потенциала, который свойственен больным шизофренией. Больная контактна, достаточно охотно отвечает на вопросы, и такой вялости в сочетании с напряженностью — вялости на эмоциональном уровне, уровне личностном — я не усматриваю. Больная продемонстрировала нам эффекты паксила активирующего характера, когда у нее появился интерес и возможность общаться, смотреть телепередачи, заниматься какой-то ручной работой.

Ведущий синдром — это синдром затяжной тревожной эндогенной депрессии, который носит в настоящее время редуцированный характер. Поскольку было высказано два веских суждения в пользу эндогенно-процессуальной диагностики, мы должны, оценивая статус, найти в нем черты формирующегося дефекта: личностного, эмоционального, должны быть какие-то ассоциативные нарушения. И, смотря глазами клинициста, я не вижу здесь этих дефицитарных изменений по эндогенно-процессуальному типу. Отметим ее готовность к активности, ее готовность к беседе, реакцию на проявление эмпатии, которую я пытался продемонстрировать, расспрашивая ее. Не видно обедненности или чужаковатости. Не видно сужения, инкапсуляции с уходом в какие-то аутистические ниши. Не видно особенностей мышления, которые позволили бы нам их квалифицировать как шизофренические. Она отвечает конкретно и просто. Никаких признаков диссоциированности, тенденции к опоре на латентные малосущественные признаки, когда трудно делать разли-

чие между главным и второстепенным, мы не видим. Некоторая не критичность — да, конечно. Но, учитывая возраст, церебрально-сосудистые изменения личности, ее культурно-образовательный уровень, склонность легко принимать традиционные в народе представления о глазе и порче, можно в определенной мере объяснить эту недостаточную критичность. Сказать, что ее некритичность является выражением дефицитарности мышления, расстройств мышления, тем более по процессуальному типу, мы не можем. Вглядываясь, вчувствуясь в ее текущий статус, мы не обнаруживаем убедительной заметной эндогенно-процессуальной симптоматики, ни негативной, ни продуктивной.

Теперь необходимо сопоставить статус с динамикой, со стереотипом развития этой психической патологии. И здесь мы также не видим тех прогредиентных тенденций шизофренического процесса, тем более шубообразного, которые должны быть развернуты в анамнезе. Ведущая аффективная патология импонировала как инволюционная меланхолия. Ей и сейчас ставили инволюционную меланхолию на органически измененной почве. Но с другой стороны, говорится о шубах, о приступах, кто-то говорил о рекуррентности. На мой взгляд, течение носит непрерывный характер, но без заметных признаков усложнения, нарастания, появления дополнительной симптоматики, т.е. без прогредиентности. Все последние стационарирования — одно и то же: синдром тревожной депрессии со страхами, опасениями. Бреда нет. Инволюционная депрессия — это, прежде всего, монотонная ригидная тревожно-ажитированная бредовая депрессия. Этого мы у нее не отмечаем. Мы видим тревожную депрессию, но без ажитации. Светлых промежутков, отчетливых ремиссий за последние 10 лет болезни мы у нее не прослеживаем. Мы видим затяжной, если не близкий к хроническому, процесс.

2. Жизнь в депрессии. Возможна ли трудовая и социальная реабилитация?

Семинар ведет А.Ю.Магалиф
Врач-докладчик Е.Е.Воронцова

Вашему вниманию представляется больная С., 1951 года рождения. Поступила в Московскую психиатрическую больницу №3 им. В.А.Гиляровского 23 октября 2001 г. Данная госпитализация тринадцатая.

Анамнез. Психопатологическую отягощенность наследственности отрицает. Отец умер, когда больной был один год, и сведений о нем она не имеет. Мать была веселая, общительная, все принимала близко к сердцу. Умерла в 47 лет от заболевания сердца. У больной 3 брата: двое стеснительные, избирательно общительные; один – неусидчивый, упорный. Больная родилась в Челябинской области, третьей по счету. Раннее развитие без особенностей. В детстве была шустрой, но очень стеснительной. До школы воспитывалась в домашних условиях под присмотром матери. В школу пошла с 7 лет. Училась средне. Учеба давалась легко, предпочитала гуманитарные предметы, особенно литературу. Любила слушать классическую музыку. Была мечтательной, фантазеркой, придумывала сказочные истории, в которых представляла себя положительной героиней. В 9-летнем возрасте была напугана случайным мужчиной на улице, который внезапно побежал за ней и угрожал. Прибежав домой, долго не могла успокоиться, ночь не спала. С этого времени стала бояться незнакомых мужчин. Старалась избегать общества, где попадались незнакомые мужчины. Если все же попадала в такие компании, то начинала непроизвольно кричать и убегала. Такие явления оставались до 16 лет. Кроме этого, возникли повышенная вялость, плаксивость, утомляемость, раздражительность, ранимость, застенчивость. В школе боялась выходить к доске, казалось, что она не такая, как все: «Выгляжу хуже всех». С этого же времени спонтанно появилось неустойчивое, чаще пониженное настроение. Оно чередовалось с периодами хорошего настроения: участвовала в школьной самодеятельности, пела в хоре, читала стихи. С 14 лет у больной начались месячные. За 3 дня до них отмечала повышение раздражительности, плаксивости и обидчивости. Месячные были регулярные и безболезненные. Когда больной было 15 лет, умерла ее мать. Переехала жить

в семью дяди. Находилась под его присмотром и опекой. Окончила 10 классов и поступила в педагогический институт. Примерно в это время в автокатастрофе погиб дядя, и больная ушла жить в общежитие. В институте училась с трудом, без особого интереса. Чувствовала постоянную утомляемость, частые головные боли, головокружения. Эмоционально была неустойчива, жаловалась на раздражительность, прерывистый сон. Через 2 года оставила учебу и поступила на курсы радисток. Однако в связи с утомляемостью и плохой памятью учиться не смогла. Поступила на Челябинский завод контролером ОТК. С работой справлялась, работала в три смены. Это ее устраивало, так как могла поздно ложиться и поздно вставать. Периодически отмечала неустойчивое настроение. Вечерами казалось, что она самая несчастная. В 1970 г. (20 лет) вышла замуж по любви и переехала в Москву. Перед свадьбой и четыре месяца после нее больная отмечала подъем настроения: была деятельна, мало спала, готовилась к свадьбе, была многоречива, посещала театры, выставки. Через четыре месяца муж больной уехал в командировку, и ее состояние резко изменилось: появились вялость, раздражительность, плаксивость, боялась оставаться одна дома, нарушился сон, снизился аппетит. Родители мужа были настроены против нее, длительное время категорически отказывались прописывать ее в квартире, настраивали против нее сына, обижали по пустякам, питались отдельно. Это состояние длилось около 6 мес., но больная к врачам не обращалась; объясняла его ленью и тоской по уехавшему мужу. Состояние выровнялось спонтанно. Устроилась на работу на военный завод снабженцем. В 23 года родила дочь и не работала в течение 3 лет, так как ребенок страдал диспепсией. После родов вновь отмечала снижение настроения. При этом испытывала резкую слабость, головокружение, перед глазами были зеленые круги. Нарастала апатия, бессонница, появилась тоска. Была безразлична к дочери, не испытывала радости, не хотела за ней ухаживать. Дома сначала делала все через силу, а потом совсем не могла вести домашнее хозяйство. Родственники говорили, что больная ленится, она и сама так думала. К врачам не обращалась. Через два месяца состояние больной более-менее стабилизировалось. Через 3 года отдала дочку в детский сад и устроилась на работу в аптеку химиком. С работой справлялась, но дочка часто болела, и часто приходилось «быть на больничном листе». В этот период беспокоило только потемнение в глазах при резкой перемене положения тела и в душном помещении. Жару переносила легко. Летом 1978 г. (27 лет) на юге в жару у нее было ощущение, как будто что-то тяжелое вступило в голову, затылок, расплывались предметы перед глазами, испытывала страх за свое здоровье, боялась, что может что-то случиться. Это состояние было кратковременным и само собой

исчезло. Вернувшись домой, больная продолжала работать, заниматься домашним хозяйством, воспитанием дочери. Отношения с мужем, свекром и свекровью были уже вполне доброжелательные. Летом 1979 г. (28 лет) она снова поехала на юг. За 2 нед. до этого отмечала подъем настроения, стала ярко одеваться, по несколько раз в день меняла наряды, было нужно, чтобы с ней постоянно кто-то общался. На юге, перегревшись на солнце, почувствовала состояние, похожее на то, которое было в 1978 г., но более выраженное. Опять что-то вступило в голову, предметы расплывались, были потливость ладоней, тревога, сердцебиение. Потливость сменилась похолоданием рук, общей слабостью. Нарушился сон, снизился аппетит, а через некоторое время появилась апатия. Состояние продолжалось на протяжении недели, улучшалось в вечерние часы. Возвращаясь домой через неделю, в поезде боялась встречи с родными, в груди все сжималось, было трудно дышать, была выраженная потливость. Вышла на работу, однако справлялась с трудом. Оставался все тот же страх перед общением с людьми. Не хотелось после работы возвращаться домой, потому что к родным не было никаких чувств, даже не хотелось видеть дочь. Услышав телефонный звонок, начинала плакать; появлялась тревога, беспокойство, страх, все окружающее раздражало. Временами тревога сменялась апатией и безразличием. Дома была плаксивой и раздражительной, не занималась домашним хозяйством. За период после возвращения с юга потеряла в весе 8 кг. По совету родственников обратилась в психоневрологический диспансер (ПНД). Амбулаторно принимала тазепам, зуноктин, элениум, однако облегчения не отмечала. Оставалась головная боль, ощущение, что голова не своя, беспокойство сменялось апатией, был нарушен ночной сон, закладывало уши, настроение оставалось сниженным. Была направлена на лечение в Московскую психиатрическую больницу (ПБ) №3 в 1979 г. В больнице получала лечение пиразидолом до 150 мг/сут., транквилизаторами. В больнице провела 70 дней. Было значительное улучшение состояния: настроение выровнялось, стала спокойнее, ждала свиданий с мужем, скучала по дочери. Стабилизировался сон, исчезла тревога. Была выписана из больницы, продолжала работать. В последующем больная сменила несколько видов работы: воспитатель, учетчица, продавец. После выписки из стационара наблюдалась в ПНД и принимала транквилизаторы и антидепрессанты. Тем не менее, ее состояние оставалось неустойчивым, особенно в осенне-весенние периоды, когда появлялась депрессия. Больная поступала в больницу практически ежегодно (1979–1997 гг.) в связи с депрессией. В периоды между поступлениями в ПБ №3 лечилась в ПБ №12 санаторного профиля. В 1986 г. перенесла легкое сотрясение головного мозга. Лечилась в городской больнице №15.