

УДК 616.895.82-021.3-07-085

*О.И. Осокина***ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ТРАНСФОРМАЦИЯ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО ОТЧУЖДЕНИЯ НА ПРОДРОМАЛЬНОМ ЭТАПЕ ШИЗОФРЕНИИ И ЭТАПЕ ПЕРВОГО МАНИФЕСТНОГО ПРИСТУПА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психическое отчуждение, шизофрения, продромальный этап

Ранняя диагностика начала шизофрении является задачей первостепенной важности, которая диктуется необходимостью наиболее раннего лечения заболевания с целью предупреждения его прогрессивного развития и получения наибольшей эффективности от терапии. Цель раннего выявления психоза — сократить продолжительность течения заболевания без лечения. Чем продолжительнее течение психоза до начала лечения, тем более выражена психопатологическая симптоматика во время первого обследования [1]. Проблема начала шизофрении в практическом аспекте, прежде всего, включает знание ее начальных симптомов, умение их распознать и выявить среди различных наслоений, которыми богаты начальные стадии шизофрении [2].

Раннее вмешательство в шизофренический процесс включает не только использование современных принципов диагностики, терапии, профилактики этого состояния, но и предусматривает выявление и анализ продромальных симптомов болезни. Длительность продромального периода заболевания, определяемая, как промежуток времени с момента появления любых психопатологических расстройств до начала манифестного психотического состояния, зачастую довольно значительна и, как показывают полученные данные, составляет в среднем от 8,5 месяцев до 5,5 лет [3, 4]. Исследование рядом авторов продромального периода шизофрении выявило на этом этапе ряд невротических симптомов (астенических, обсессивных, истерических), которые в структуре эндогенного процессуального заболевания имеют ряд специфических особенностей, и характерологических изменений с заострением преморбидных черт или приобретением несвойственных ранее [5-8]. В этом периоде могут также вклиниваться единичные, abortивные психотические симптомы, немотивированные страхи, а иногда даже кратковременные психотические микроэпизоды. Наибо-

лее патогномичными симптомами этого периода являются психосенсорные нарушения, единичные простые слуховые галлюцинации и идеи отношения, а также симптомы психического отчуждения.

Отчуждение является одним из важных звеньев в развитии шизофрении и выражает глубокое противоречие между личностью больного и окружающей средой. Под переживанием психического отчуждения понимается чувство непринадлежности соматике и психики своему «Я». В дальнейшем патологическая симптоматика отчуждения проецируется вне своего «Я» (во внешний мир), обнаруживая переживание противоречивых тенденций и принимая чуждый и недоброжелательный для больного характер.

К группе синдрома психического отчуждения относят деперсонализацию и дереализацию, феномены дежавю и жамевю, психические автоматизмы, фобические навязчивые состояния, расстройства восприятия и бредовую продукцию на фоне изменения общего состояния сознания личности [9, 10].

Главной особенностью галлюцинаторных состояний является проецирование вне собственно «Я» чувственно-предметных и словесно-мыслительных образов с характером отчуждения психической продукции личности, что не зависит от сознания и воли больного, воспринимается как чуждое, искаженное, императивное и враждебное внешнее воздействие. В подавляющем большинстве случаев галлюцинации связаны с бредовой продукцией, которая также относится к группе психического отчуждения в широком его понимании. В становлении бредовых идей особое значение придается колебаниям аффекта и потере способности к критической оценке психического содержания личности [11].

А. А. Меграбян выдвигает и разрабатывает положение о том, что ядром психического отчуждения являются деперсонализация (наруше-

ние самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств [12]) и дереализация (тягостное переживание утраты реальности с окружающим миром [12]). Наиболее часто эти явления сосуществуют в так называемом деперсонализационно-дереализационном синдроме. Именно эти феномены психического отчуждения играют решающее значение в патогенезе психических нарушений при шизофрении. На деперсонализационно-дереализационном фоне происходит видоизменение отражения собственного «Я» и окружающего, что является инициальным звеном бредообразования [13, 14]. Такие больные переживают своеобразное двойственное состояние: им кажется, что они лишились чувственного реального характера восприятия своего тела и достоверности явлений внешнего мира; переживание чуждости сочетается с ощущением нереальности, доходящей до степени сноподобного состояния. При прогрессировании этих расстройств появляется ощущение обезличивания, превращение в безвольных автоматов, действующих под внешним воздействием; больные утверждают, что их личность раздвоилась, своё «Я» полностью исчезло или, что они перевоплотились в других людей или животных; появляются идеи псевдонаучного, религиозно-мистического и оккультного содержания. Так характерная для шизофрении прогрессирующая деперсонализация достигает той степени выраженности, когда может быть охарактеризована как тотальная, тогда она полностью сливается с синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо с его полиморфной симптоматикой, который нужно рассматривать, как вершину отчуждения, как завершающую стадию данной группы психопатологических синдромов при шизофрении [9].

Деперсонализационно-дереализационному континууму в ранней диагностике шизофрении придается особое значение, что соответствует взглядам G. Langfeldt (1956) и B. Bleuler (1972). По K. G. Koehler сюда включаются чувство овладения; общее чувство воздействия; специфическое чувство воздействия; ощущение собственной измененности под влиянием воздействия извне; переживание воздействия с чувством замены собственных мыслей чужими; переживание воздействия с утратой собственных мыслей и чувств, воздействием извне больного как бы лишают психических функций; аналогичные вышеперечисленным переживания внешнего воздействия с переживанием растворения мыслей и чувств больного во внешнем мире [15].

А. К. Ануфриев [10], исследуя начальные стадии бредообразования при шизофрении, считал деперсонализацию наиболее общим признаком расстройства, обязательно «предшествующего бреду и фундирующего бред». Он назвал пароксизмальные деперсонализационные нарушения типа дежавю (феномен «уже виденного») и жамевю (феномен «никогда не виденного») превосходной моделью для познания сути истинного бреда. Другими словами, в феномене дежавю раскрывается само ядро бреда, которое с одной стороны возникает апокалиптически как озарение, «с предвосхищением будущего заключено переживание неколебимой уверенности, которая переживается как очевидная истина и именно поэтому не может быть доступна никакому разубеждению»; а с другой стороны, «бытие как переживаемая реальность расщепляется, потрясается в самих своих основах: пространственно-временном единстве, объективности этой реальности как независимой от сознания, необратимости вектора и хода времени». В этот момент размывается четкость границ между субъективным и объективным, прошлым и настоящим, настоящим и будущим. Т.о. дежавю – это почва для формирования бредовой продукции или – по Е.А. Шевалёву - «каркас бреда» [20].

Вся клиническая симптоматика шизофрении с выраженными явлениями психического отчуждения насквозь пронизана внутренней расщепленностью функций, которая накладывает печать двойственности и противоречивости на всю динамику заболевания. При исследовании проблемы перехода нормального сознания в бредовое академик И.П. Павлов указывает, что наше отношение к окружающему миру вместе с социальной средой и к нам самим должно исказиться в высшей степени, если будут постоянно смешиваться противоположности: «Я и не я», «мое и ваше», «в один и тот же момент я один и в обществе», «я обижаю или меня обижают» и т.д. В основе психического отчуждения И.П. Павлов видел тончайшие церебро-физиологические нарушения и полагал, что еще в непсихотической стадии начинающееся кортикальное гипнотическое торможение обуславливает патологическое изменение интегрирующего гностического чувства, клинически проявляющегося в виде феноменов отчуждения. Прогрессирующая дезинтеграция гностических чувств влечет за собой дезавтоматизацию процессов в чувственно-телесной, мыслительной и аффективно-волевой сферах.

В дальнейшем же, при процессуально-аутистической перестройке личности в основе бредообразования лежат патофизиологические явления, описанные И.П. Павловым в виде «ультрапарадоксальной фазы», которую он отождествляет «с чувствами овладения» Жане и «инверсией» Кречмера. По мнению И.П. Павлова, эти состояния имеют свое физиологическое основание в ультрапарадоксальной фазе, при которой «положительный раздражитель делается тормозным, а тормозной – положительным». Особую стойкость, длительность и упорство бредовых идей при шизофрении И.П. Павлов объясняет наличием патологически инертного стойкого раздражительного процесса. В то же время на периферии подавляются другие раздражения, так как вокруг зоны патологически инертного раздражения отмечается торможение коры (за счет отрицательной индукции), что нарушает способность к критике в высказываниях и поведении больных. Появление психических автоматизмов также связано с наличием очага патологического инертного раздражительного процесса, вокруг которого концентрируется все близкое, сходное и от которого по закону отрицательной индукции отталкивается все чуждое. Таким образом, при описании указанных феноменов И.П. Павлов придавал большое значение появлению очага патологического инертного раздражения и наличию в коре мозга гипнотических фазовых состояний, в первую очередь ультрапарадоксальной фазе [16].

По мнению Е.Н.Каменевой [17] основным звеном в патогенезе шизофрении является факт хронического гипнотического состояния коры головного мозга и наличие у бредовых больных особого, близкого к онейроидному состоянию изменения сознания, что обусловлено патологией кортико-висцеральных связей и тех «темных телесных чувств», которые, по Сеченову, являются основой самосознания. По ее экспериментальным данным у таких больных возникает диссоциация сигнальных систем, которая выражается в отсутствии или задержке элективной иррадиации во вторую сигнальную систему, а также в патологической гипертрофии деятельности второй сигнальной системы в отрыве от первой. Речь больных, формально сохраняясь, теряет свое сигнальное значение, а слово не вы-

полняя своего назначения, перестает быть сигналом, отрывается от мысли и реальной действительности.

Эти механизмы В.И. Аккерман [18] находит в феноменах «присвоения – отчуждения» и в полярности аффективного направления. Динамика бредообразующих механизмов, по мнению автора, такова: с полюсом наибольшего аффективного напряжения связывается «пускание в ход механизма присвоения; с полюсом расслабленности – действие отчуждения». Изменения личности в процессе бредообразования протекают с выраженными явлениями деперсонализации, в которой автор выделяет две стороны: первая характеризуется феноменом присвоения, когда наблюдается вынужденное отнесение больным к себе независимых от него объективных связей действительности, которым затем придается особый, символический смысл, при этом объектом бредового присвоения являются смысловые значения; вторая полярная по отношению к присвоению сторона включает феномен отчуждения и сводится к приписыванию роли чуждому влиянию в осуществлении психической деятельности больного. Эти два феномена рассматриваются в единстве, в качестве некой психопатологической пропорции.

Таким образом, анализ многочисленных публикаций, посвященных исследованию закономерностей динамического развития психопатологической симптоматики при шизофрении, показал значительную роль психического отчуждения в формировании психотической продукции, как на ранних этапах болезни, так и на последующих стадиях ее прогрессивного течения. Все исследователи сходились во мнении о необходимости наблюдения за динамикой указанных феноменов с наиболее ранних стадий развития шизофрении, так как, по их мнению, без знания закономерностей формирования любого психопатологического симптома на инициальном этапе болезни невозможно правильно давать оценку данному симптому на последующих этапах. Целью настоящей работы является исследование клинических особенностей психического отчуждения на продромальном этапе течения шизофрении и проследование за динамикой его преобразования на этапе манифестного приступа.

Материал и методы исследования

Автором проведено клиническое обследование 45 больных с первым манифестным психотическим приступом в структуре шизофрении и

заболеваний шизофренического спектра, находящихся на стационарном лечении в отделении кризисных состояний Областной клинической

психиатрической больницы г. Донецка в возрасте до от 17 до 35 лет. В настоящее исследование были включены пациенты, имеющие симптомы отчуждения, у которых ведущими в клинической картине болезни были бредовый синдром (6 человек), галлюцинаторно-бредовый (14 человек) или синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо (25 человек). Это позволило проанализировать роль психического отчуждения, определить спектр его психопатологических проявлений и динамику его развития на продромальном этапе болезни путем ретроспективного сбора анамнеза, а также проследить дальнейшую судьбу психического отчуждения на этапе первого манифестного приступа болезни. Среди обследованных лица мужского пола составили 60% (27 человек), лица женско-

го пола – 40% (18 человека). Распределение пациентов по диагностическим категориям в соответствии с МКБ–10 [19] было следующим: острое полиморфное психотическое расстройство (F23.0 и F23.1) – 24 человека, острое бредовое расстройство (F23.3) – 3 человека, шизофрения параноидная, параноидный синдром, период наблюдения менее года (F20.09) – 18 человек. В исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией. При проведении настоящего исследования использовался клинический метод, опирающийся на данные углубленного ретроспективного клинического интервью с пациентом и его социальным окружением, а также динамическое наблюдение за психическим статусом пациента, находящегося на стационарном лечении.

Результаты исследования и их обсуждение

В отношении продромального этапа шизофрении можно сказать, что он характеризовался с одной стороны нарастающими функциональными расстройствами в виде нарушения адаптационно-компенсаторных механизмов, уравновешивающих человека с окружающей средой, а с другой стороны полной или частичной сохранностью критического отношения личности к имеющимся нарушениям. Длительность продромального периода у обследованных нами пациентов колебалась от 1,5 до 5 лет. Исследование синдрома психического отчуждения на продромальном этапе в большинстве случаев возможно было только путем ретроспективного сбора сведений у самого пациента и у его социального окружения. Это позволило нам дать оценку субъективным переживаниям пациентов феноменов отчуждения, а также по возможности объективизировать полученные данные. Таким образом, наиболее часто мы имели дело не с актуальными переживаниями в текущий момент времени, а с воспоминаниями пациентов о пережитых в прошлом феноменах. Однако в некоторых случаях пациенты обращались за медицинской помощью еще до периода первой манифестации приступа, т.е. на этапе продрома, тогда когда симптоматика еще не была достаточно оформленной для постановки диагноза шизофрении.

Наши наблюдения за больными шизофренией на этих этапах показали, что первые признаки шизофренического процесса чаще всего были нечеткими, неясными, маловыразительными и достаточно трудно формулируемыми, однако эти ощущения и переживания были достаточно ак-

туальными для больных именно на начальных стадиях болезни, так как сопровождалась критическим к ним отношением. Предъявление жалоб обычно имело аффективную окраску, а болезненные переживания воспринимались пациентами с выраженным витальным аффектом.

Среди симптомов, выявленных нами у обследованных пациентов на продромальном этапе болезни, отмечались психосенсорные расстройства, невротические симптомы, психопатоподобные проявления, аффективные колебания, проходящие навязчивые состояния и страхи, деперсонализационные и дереализационные симптомы, феномен дежавю и жамевю, стертые позитивные симптомы в виде единичных галлюцинаций, «бредоподобных» идей отношения, расстройств зрительного восприятия, ощущений дезавтоматизации мыслительной деятельности, преходящего симптома «овладения», а также транзиторные депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные и онейроидные эпизоды. Все симптомы, выявленные на данном этапе шизофренического процесса, отличались нестойкостью, как бы «мерцали», то появлялись, то исчезали с достаточной долей критики пациентов к указанным явлениям. В данной работе мы остановились на тех психопатологических симптомах продромального этапа, которые составляли структуру синдрома психического отчуждения.

Наиболее характерными и типичными были симптомы деперсонализации и дереализации, а также феномены дежавю и жамевю, которые всегда в инициальном периоде шизофрении сочетались с колебаниями аффекта. Больные жа-

ловались на преходящее чувство утраты единства «Я» и существования; возникали ощущения, что мысли, речь и поступки «существуют сами по себе», «осуществляются как бы не пациентом, а другим лицом»; некоторые больные отмечали в себе «существование одновременно двух личностей с разными душевными процессами»; другие больные высказывали мысли о «превращении себя в точку, пустоту»; больные жаловались, что иногда в обществе появлялось чувство «чуждости себя среди людей, ощущение собственной измененности, в эти моменты становился затруднительным контакт с людьми». Нередкими были преходящие явления соматопсихической деперсонализации в виде чувства чуждости собственного тела, а также явления дереализации в виде чувства незнакомости и нереальности окружающего.

Одна пациентка описывала, что ее болезненное состояние началось с того, что она «теряла контроль над собственным телом и не могла отличить границы своего тела и окружающих предметов, поэтому создавалось впечатление, будто ее тело погружается в предметы или они налегают на нее»; эти явления, по ее словам, появились два года назад, сначала были редкими и пугали ее, она даже придумывала способы защиты от этих состояний, опасалась их появления в обществе. Возможно, именно благодаря тревоге и страху перед наступлением этих эпизодов больная помнила о них спустя несколько лет и детально передавала свои ощущения, давая им, однако, бредовую трактовку. Затем к указанной симптоматике присоединилась чуждость окружающего, наполнение явлений особым смыслом, и по мере снижения критического отношения к происходящему уменьшилось и противостояние этим явлениям защитных механизмов личности.

Другая пациентка на вопрос врача о том, что происходило в ее жизни необычного в последние годы, сообщила, что самым необычным было то, что находясь у себя дома, периодически испытывала «чувство незнакомости» своей комнаты, своих вещей и себя самой, а периодически «чувствовала, что ее мать – чужой человек, хотя лицо было ее». Эти состояния, по словам пациентки, появились около 5-ти лет назад и сначала были очень редкими, и длились несколько минут, однако страх, который испытала пациентка в то время заставил ее помнить об этих состояниях. Затем состояния отчуждения стали более частыми и «привычными», а со временем обросли другой психопатологической симптоматикой,

среди которой преобладали бредовые идеи и явления психического автоматизма.

По данным, полученным от больных, все симптомы отчуждения имели насильственный, принуждающий характер, появлялись непроизвольно, спонтанно, не подчинялись волевым усилиям со стороны больных, а также субъективно были тягостны и неприятны. Эти особенности, присущие симптомам отчуждения, вызывали у больных мысли о каком-то непонятном воздействии извне и невольно приводили к появлению у больных предпосылок к мистическим логическим построениям. Так закладывалась «канва» будущих бредовых идей. Но пока эти «бредоподобные» явления на продромальном этапе шизофрении характеризовались нестойкостью, субъективной необидительностью, достаточной критичностью к ним по их прошествии и корригировались мышлением в соответствии с действительностью. Больные сообщали, что эти феномены сначала удивляли их, эпизоды их наступления подвергались тщательному анализу и критической переработке, больные пытались корригировать свое поведение в соответствии с ситуацией и боролись с наступлением указанных эпизодов. Со временем по мере снижения критики к указанным переживаниям адаптационные личностные механизмы отходили на второй план, как бы сдавали свои позиции, уступая место болезненным проявлениям и бредовой перестройке личности. Несмотря на критическое отношение пациента к содержанию пережитых явлений отчуждения, после того как они миновали, этой критики не отмечалось в моменты самого переживания отчуждения. Относительно сохранная личность на этом раннем этапе болезни находилась в постоянной напряженной борьбе за сохранение самообладания и правильного поведения в моменты отчуждения, и в попытках понять и преодолеть эти болезненные явления. Таким образом, уже на продромальных этапах болезни явления отчуждения влияли на логическую деятельность сознания, создавая предуготовленность больных к необычным жизненным событиям и переживаниям влияния извне.

Периодически возникающие симптомы отчуждения чередовались с периодами подавленности, смутного бессодержательного тревожного ожидания, немотивированного страха. Частью больных отмечено, что появление ощущений воздействия извне зависело от их эмоционального состояния: так стрессовое событие, трудная или неприятная ситуация, нахождение дли-

тельное время в одиночестве достаточно быстро вызвали состояние тревоги, «нервности», «обострение всех чувств», напряженную предуготовленность к наступлению чего-то необычного, мистического, окружающие предметы наполнялись каким-то смыслом, приобретали «какую-то психическую силу» и влияли на них.

Бредовой перестройке логического сознания предшествовало нарушение внутренней структуры предметного сознания. Претерпевал изменения акт узнавания в сфере предметного сознания в виде признаков психического отчуждения. Те акты, над которыми человек никогда не задумывался и на которые почти не обращал внимания (акт восприятия, представления, мышления), вдруг начинали обнаруживать странные необычные переживания чуждости, навязчивости, недостоверности и искажения образов в актах восприятий внешнего мира и самовосприятия. На доманифестном этапе при достаточной критичности пациенты правильно оценивали их болезненный характер, при появлении этих патологических явлений занимались корригированием, преодолением их в мыслях, боролись с неприятно навязчивым характером признаков отчуждения, пытались восстановить целостность и единство образа предмета с его реальным смыслом и значением. Это создавало постоянное чувство напряженности, утомляемости и беспомощности [9]. Из высказываний одного больного: «Каждый предмет в моей комнате имеет свое назначение и внутреннее содержание, но иногда эти предметы начинают выглядеть странно, как будто не мои, видимо и внутренний смысл их меняется, а иногда я вижу только их форму без смысла. Их видоизменения как-то связаны со мной, даже странно, что раньше я над этим не задумывался». Некоторыми больными описывалось внезапное возникновение чуждых для них слов и фраз, при этом словесные образы как бы отщеплялись от их смыслового значения. По описаниям одного пациента (преподавателя техникума) своих первых симптомов: «Иногда во время работы наступали моменты, когда я не мог понять смысл произнесенной студентом фразы, все слова были мне знакомы, но я как будто не мог вспомнить их смысла, они были какими-то «пустыми», и это пугало меня, так ведь не должно быть». Болезненные переживания отщепления смыслового значения от самого воспринимаемого образа со временем преобразовывались в стойкую бредовую уверенность, в осознание особого значения и отношения в предметах, людях, в происходящих событиях.

Дальнейшее развитие шизофренического процесса приводило к переходу в бредовое состояние, существенная роль при этом принадлежала аффективному компоненту. Как уже нами было сказано, транзиторная симптоматика продромального периода включала в себя эмоциональный компонент переживаний, однако особенно ярко аффекты были выражены за несколько недель или дней до манифестации психотического приступа. Наиболее характерными были переживание беспредметного, безотчетного страха, тревожного ожидания беды, «смертной тоски» с витальным оттенком, но иногда наблюдались состояния эйфории, озарения и экстаза. При длительном продромальном периоде с медленным «врастанием» симптоматики продрома в манифестный приступ болезни не наблюдалось бурных эмоциональных переживаний, а аффективные нарушения выражались в основном в снижении общей активности, эмоциональном обеднении и оскудении. Переход в психотическое состояние сопровождался дезавтоматизацией и дезинтеграцией аффективной сферы. Отношение больных к внешнему миру было проникнуто некой двойственностью: с одной стороны, больные чувствовали отчужденность от действительности, с другой – осознавали какую-то заинтересованность во внешних предметах и явлениях, относили их на свой счет и чувствовали воздействие внешнего мира на него.

Среди наблюдаемых нами больных отмечались высказывания о нарушениях переживаний пространства и времени с чувством отчуждения от внешней среды, насильственности и неподвластности собственной воле.

Так, один пациент отметил, что однажды, вернувшись домой после ночной смены, не мог уснуть, поэтому просидел несколько часов подряд перед экраном компьютера, играя в игры, а потом обратил внимание, что «его руки стали двигаться по клавиатуре в таком быстром темпе, что все мелькало перед глазами», персонажи компьютерной игры также стали двигаться очень быстро. Это заставило больного встать из-за компьютера и выйти в соседнюю комнату, где он увидел, что «все было статичным, отец стоял на месте и двигался так медленно, как в замедленном кино, как будто время остановилось». Это вызвало у больного приступ панического страха, он начал вслух молиться, при этом речь была ускоренной, резкой и невнятной, по словам отца «как будто говорил на другом языке». Эти явления полностью прошли в первые же сутки нахождения в отделении, восстановился сон, кри-

тика к болезни. Спустя два года этот пациент был вновь госпитализирован с явными симптомами шизофренического процесса. Другая пациентка сообщила, что «не чувствует пространственной ограниченности того места, где находится, пространство для нее исчезло, она двигается плавно и медленно, как в вакууме, а окружающие ее предметы стали плоскими, безжизненными и неподвижными; время тянется бесконечно, есть ощущение вечности и бессмертности мира». Еще один пациент сравнивал людей с «мертвыми куклами», а окружающий мир считал «царством мертвых», давая характеристику миру, как «блеклому, люди неживые, их части тела воспринимаются отдельно в определенной последовательности, сами бросаются мне в глаза, чтобы я их увидел; голоса у людей механические, неестественные».

Приведенные клинические наблюдения нарушения пространственно-временных переживаний являются компонентами синдрома психического отчуждения. Болезненное переживание пространства и времени, а также принуждающий, насильственный характер этих переживаний превращались со временем в бредовые идеи мистического характера и идеи внешнего воздействия.

Прослеживая на нашем клиническом материале динамику преобразования синдрома отчуждения с момента появления его симптомов на продромальном этапе, можно было наблюдать следующие варианты его трансформации: 1) У 16 пациентов (35,5%) на продромальном этапе отмечались явления дереализации и деперсонализации, феномены дежавю и жамевю, а также отрывочные «бредоподобные» идеи воздействия в момент существования указанных феноменов, пациентами проводился анализ и борьба с чувством потери реальной действительности, понимание болезненности указанных явлений. В последующем психотическом состоянии признаки отчуждения оценивались больными уже не как проявление болезни, а как достоверность. Появление новой бредовой действительности на фоне психотического сдвига личности вступало в противоречие с настоящей действительностью, и то, чего опасались больные в своих жалобах в продромальной стадии отчуждения, перерастало в бредовую уверенность и приводило к отрицанию высказываемых ранее жалоб; 2) У 24 пациентов (53,3%) существующие на доманифестном этапе симптомы отчуждения (феномены дереализации и деперсонализации с преобладанием ее соматопсихического компонента и ост-

ро выраженного насильственного, «сделанного» характера этих проявлений, отрывочные идеи воздействия и единичные расстройства восприятия) претерпевали качественные изменения на этапе манифестации, часть из них нивелировалась, уступая место другому содержанию. Теперь симптомы деперсонализации и дереализации трансформировались в психические автоматизмы, дополнялись элементами несистематизированного параноидного бреда, в клинической картине которого оставалась стойкой только форма переживания внешнего воздействия; 3) У 5 пациентов (11,2%) симптомы продромального периода в виде выраженного отчуждения своего «Я», дезавтоматизации собственных психических процессов (мыслей, действий, ощущений, речи) и превращения в «безвольное» существо, уже на ранней стадии болезни сочетались с элементарными сенестопатиями, единичными галлюцинациями, и достаточно быстро начинали трактоваться бредовым образом виде враждебного воздействия извне и «отнятия» собственных душевных процессов. Причем все эти переживания со временем становились более устойчивыми, более клинически оформленными, обрастали ипохондрическими включениями и продолжали свое существование на этапе манифестации болезненного процесса. Бредовые идеи при этом носили монотематический характер.

При всех указанных вариантах можно было наблюдать, как деперсонализационно-дереализационный синдром в структуре психического отчуждения претерпевал качественные изменения: из ощущений «сноподобности», «незнакомости» и «нереальности» увиденного или услышанного в окружающем мире и самого себя, вырастала бредовая трактовка враждебности, внешнего воздействия, чувства овладения движениями тела, речью и психикой пациента, появлялись насильственные неприятные ощущения или телесное перевоплощение – на фоне снижения, а затем полного отсутствия критики к болезненным переживаниям.

Таким образом, психопатологический анализ синдрома психического отчуждения на продромальном этапе шизофренического процесса и на этапе первого манифестного приступа показал многообразие клинических симптомов, различное критическое отношение к ним пациентов, достаточно выраженную аффективную насыщенность переживаний и различные адаптационные приспособительные реакции в ответ на начинающуюся болезнь. Несмотря на то, что указанные симптомы все же носят достаточно

«специфический» характер и при других заболеваниях практически не встречаются, каждый больной переживает свои собственные симптомы, по-своему их анализирует и вербально формулирует, а также имеет индивидуальный ответ на них когнитивной, аффективной и поведенческой сфер. Исследование основных симптомов инициального периода шизофрении, в частности достаточно специфического (почти патогномичного), часто встречающегося на этом эта-

пе психического отчуждения, сопровождающего многие психопатологические симптомы и являющегося «почвой» для формирования других, а также имеющего свою собственную закономерную динамическую трансформацию в ходе прогрессивного течения болезни, представляется нам весьма необходимым и клинически оправданным, так как служит цели ранней диагностики шизофрении и своевременно начатого лечения.

О.І. Осокіна

ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ І ТРАНСФОРМАЦІЯ СИНДРОМУ ПСИХІЧНОГО ВІДЧУЖЕННЯ НА ПРОДРОМАЛЬНОМУ ЕТАПІ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ЕТАПІ ПЕРШОГО МАНІФЕСТНОГО НАПАДУ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У дійсному дослідженні розглянута проблема ранньої діагностики шизофренії і клінічних особливостей синдрому психічного відчуження на продромальному етапі хвороби та етапі першого психотического нападу. Автором проведено літературний експурс по проблемі психічного відчуження, а також проаналізовані результати власних клінічних спостережень. Розглянуто роль психічного відчуження у формуванні марення. Вивчена динаміка синдрому відчуження, його структура, наведені клінічні приклади. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 22-29).

О.І. Osokina

THE PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS AND TRANSFORMATION OF THE SYNDROME OF MENTAL ALIENATION ON PRODROMAL STAGE OF THE SCHIZOPHRENIA AND THE STAGE OF THE 1ST PSYCHOSIS EPISODE

M. Gorky Donetsk state medical university

In the research there was considered the problem of early diagnostics of a schizophrenia and clinical features of a syndrome of mental alienation on prodromal stage and a stage of the 1st psychosis episode. The literary review concerning syndrome of mental alienation has been made by the author. The results of own clinical supervision were analysed. There was mentioned a role of mental alienation in delirium formation. There were considered dynamics of mental alienation and its structure. There were resulted some clinical examples. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 22-29).

Литература

1. Drake, R. J., Haley, C. J., Akhtar, S., et al (2000) Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 511–515.
2. Каменева Е.Н. Начало шизофрении // Начальные стадии психических заболеваний: сб. науч. работ. – М., 1959. – С. 13-27.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом). – мет. реком.–М., 2003. – 23 с.
4. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21-24.
5. Стрельцова Н.И. Начало и развитие шизофрении и их значение для клиники (клинико-патологическое исследование): Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – Харьков, 1965. – С. 25.
6. Портнов А.А. К учению о начале болезни в психиатрии // Начальные стадии психических заболеваний: сб. науч. работ. – М., 1959. – С. 5-12.
7. Марута Н.О., Бачериков А.М. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): методичні рекомендації. – Харків, 2001. – 20 с.
8. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
9. Меграбян А.А. Деперсонализация. – Ереван, 1962. – 355 с.
10. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредаобразования // НПЖ. – 1992. – Т.1-2. – С.14–24.
11. А. А. Меграбян Роль психического отчуждения в формировании симптоматики шизофрении // Вестник академии медицинских наук СССР. – М.: Медицина, 1971. – С. 8–10.
12. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 640 с.
13. Остроглазов В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности» или «процесс»? // НПЖ. – 2006. – Т. 1. – С. 27–32.
14. Сергеев И.И., Басова А.Я. Бредовая деперсонализация: психопатология и динамика // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8(1). – С. 48–56.
15. Koehler K. G. First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries.— *Brit. Journ. Psychiatr.*, 1979, 134, 236–248.
16. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент: Медицина, 1976. – 325 с.
17. Каменева Е. Н. Теоретические вопросы психопатологии и патогенеза шизофрении.— М.: Медицина, 1970.— 94 с.
18. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда. - ОГИЗ. – 1936/ - 137 с.
19. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб.: АДИС, 1994. – 304 с.
20. Швалёв Е. А. О затухании бреда // НПЖ. – 1992. – Т. 1-2. – С.25-36.

Поступила в редакцію 18.09.2010