

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ*А.К.Бурцев, Е.М.Выговская***СЛУЧАЙ ПАРАНОИДНОГО ПСИХОЗА У ГОМОСЕКСУАЛИСТА
(К 85-ЛЕТИЮ ОПИСАНИЯ “СЛУЧАЯ ШРЕБЕРА”).**

Донецкий государственный медицинский университет

С 1911г. - времени публикации З.Фрейдом “Психоаналитических заметок по поводу автобиографического описания случая паранойи (председатель Шребер)” берет начало тенденция рассматривать гомосексуальность как универсальную психодинамическую основу параноидных расстройств.

Следует отметить, что попытки связать возникновение бредовых расстройств и шизофрении обязательным существованием гомосексуальных тенденций и сексуальными проблемами в более широком смысле были тут же подвергнуты критике современниками, например, К.Г.Юнгом, Е.Блейером [1, 2]. В последующие годы в психоанализе связь гомосексуальности и паранойи приняла аксиоматический статус (подтверждением тому для профессиональной аудитории были выступления представителей Европейского поля психоанализа на первом Украинском семинаре медпсихологов в 1994г).

Вместе с тем, в рамках клинического подхода даже в такой стране с традиционно сильными психоаналитическими традициями, как США признано, что “клинические наблюдения не подтверждают гипотезы, выдвинутые Фрейдом. Значительное число бредовых больных не обнаруживает гомосексуальных наклонностей, а

большинство гомосексуальных личностей не выявляют симптомов паранойи или бредовых расстройств” [3]. Сама по себе, появившаяся лишь недавно у отечественных специалистов, возможность ознакомиться с описанием “случая Шребера” делает весьма сомнительной отнесение его к паранойе, так описанная симптоматика (зрительные, тактильные, слуховые галлюцинации, ощущения воздействия, нигилистический бред и пр.) скорее соответствуют представлению о парафреническом этапе шизофрении [4]. Следует отметить, что Фрейд употреблял термины “шизофрения”, “dementia praecox”, “парафрения” в специфическом психоаналитическом контексте, делая акцент на представленности процессов вытеснения, проекции и особенностях фиксации либидо, а не на собственно клинической феноменологии [5]. И все же, предлагаемое клиническое наблюдение представляет, с нашей точки зрения, интерес не только из-за казуистического совпадения внешних его особенностей с классической для психоанализа концепцией. Особенности клиники и выявленных личностных и патопсихологических характеристик больного, а также его проблемы, связанные с сексуальной ориентацией представляют интерес для практических психиатров.

* * * * *

Б.С. уроженец КомиАССР, русский. Родился вторым в семье (есть старшая сестра). Точных указаний на наследственную отягощенность психическими заболеваниями нет, однако известно, что отец больного отличался странным характером и оставил семью, когда больному было 3 года. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал. В детстве переболел ветряной оспой, корью, простудными заболеваниями. Окончил 10 классов. Учился хорошо. Служил в армии полный срок. После демобилизации поступил в торговый техникум. Со времени поступления в техникум у больного систематически стали возникать конфликтные отношения с преподавателями и соучениками на почве постоянной “борьбы” за правду. Из-за этого вынужден был сменить место учебы. Окончив техникум, стал работать по

специальности в сфере общественного питания. Из-за крайне неуживчивого характера многократно менял места работы и жительства, утверждал, что несколько раз его сотрудники в различных городах “сговаривались” против него. Несколько раз был инициатором судебных разбирательств по поводу конфликтов на работе. В этот период отмечались непродолжительные знакомства с женщинами, прерывавшиеся, по словам больного, “из-за потребительского отношения к нему”. В возрасте 25 лет, после очередной смены жительства, женился. Через год жена, будучи беременной, попала в автомобильную катастрофу и погибла. Больной в очередной раз поменял место жительства, переехав в один из городов Крыма, устроившись работать в систему кинопроката.

Участвуя в организации творческих вечеров дея-

телей кинематографа попал, по его словам, “в божественную среду”, в которой бытовали традиции гомосексуальных отношений. Находясь в “депрессии после смерти жены и ребенка,” без существенного внутреннего сопротивления вступил в гомосексуальную связь с одним из кинодеятелей по инициативе последнего. После происшедшего” понял, что это-мое”, не испытывал ощущения моральной неполноценности. После этого неоднократно вступал в гомосексуальные связи, будучи всегда пассивным партнером. Обрел в среде лиц сходной сексуальной ориентацией устойчивый круг “друзей”, которые познакомили его спустя некоторое время с находящимся на отдыхе руководителем объединения предприятий общепита крупного города Донецкой области.

С последним у больного установилась стойкая гомосексуальная связь, завершившаяся, в конечном итоге, переездом в город, где проживал его партнер. Пользуясь покровительством сожителя, больной вскоре стал заместителем директора местного треста общественного питания. Совместное проживание продолжалось около 5 лет. В течение этого времени конфликтные отношения с окружающими отрицает.

Совместное проживание прекратилось в связи с тем, что партнер больного был убит. Больной, опасаясь, что его ожидает та же участь, немедленно уволился с работы, продал квартиру и переехал на постоянное место жительства в областной центр, где приобрел жилплощадь в частном секторе. В течение непродолжительного времени работал продавцом, киоскером, но вскоре оставил работу из-за того, что начал подозревать сотрудников во враждебном отношении к себе (“хотели меня под статью подвести”). По месту своего проживания организовал “своеобразный клуб”, где встречались гомосексуалисты. По словам больного, его дом был единственным местом в городе, где гомосексуалисты могли “культурно провести время, потанцевать, пообщаться.” Помимо постоянных участников этих встреч, с некоторыми из которых больной вступал в гомосексуальные отношения, его дом посещали “случайные” люди, которые, по мнению больного, время от времени похищали у него и его постоянных знакомых ценности. Больной вынужден был “отказать им от дома”. Материальное положение больного стало крайне тяжелым. В это время тяжело заболела его мать, проживающая в республике Коми.

Из-за отсутствия средств больной не смог принять участие в похоронах, когда она вскоре умерла. По словам больного, он тяжело переживал случившееся, не мог уснуть несколько ночей, “видел перед глазами мать”. В этой ситуации он решил продать дом, где жил. Расхождение в оценке стоимости дома послужило поводом для возникновения у больного убежденности, что потенциальные покупатели и его бывшие партнеры” вовлечены в его преследование”. Под влиянием своих переживаний стал писать заявления в милицию с просьбой о защите. В заявлениях весьма обстоятельно излагал подробности преследования со стороны “бандитов, которые регулярно тер-

роризируют его”. В течение последующей недели многократно с подобными заявлениями обращался в ГУВД и РОВД. По ночам не спал, готовился к обороне, вооружившись кухонным ножом. Ночью, накануне госпитализации, начал слышать “голоса” преследователей, понял, что они окончательно решили расправиться с ним, принял случайного прохожего за члена “банды”, начал стучаться в дома к соседям, молил о помощи. А потом, побуждаемый страхом, добрался на другой конец города к своим знакомым. До утра не давал им спать, так как боялся, что они “сговорятся и выдадут его банде”. Утром, оказавшись на центральной площади города, принял прохожих за “окруживших его бандитов”, бросился за помощью к постовому, охранявшему здание областной администрации. Разубеждения милиционера не возымели действия. Больной продолжал искать помощи у встречных милиционеров, пока один из них не направил больного в ПБ, куда он самостоятельно явился с просьбой о защите. Согласился на госпитализацию.

Психическое состояние при поступлении: доступен контакту. Правильно ориентирован в собственной личности, во времени, окружающей обстановке. Испуган. Напряжен, то и дело подходит к окнам и выглядывает. Сообщил, что с улицы ему слышатся “голоса” преследователей, которые грозят убить его, оскорбляют из-за его сексуальной ориентации. Выказывания последовательные, ярко эмоционально окрашенные. Полностью уверен в существовании “банды” и реальности преследования. Больным себя не считает, однако согласен остаться в отделении из страха перед преследователями.

Очаговой неврологической симптоматики и органической патологии внутренних органов не обнаружено.

В отделении в первые дни пребывания оставался тревожным, уверенным в существовании “банды”. На фоне лечения (трифтазин 15 мг в сутки) тревога уменьшилась, появились элементы критического отношения к прежним бредовым высказываниям. В дальнейшем старался находиться рядом с медперсоналом. Охотно соглашался на психологические исследования, старался произвести благоприятное впечатление, держался подчеркнуто вежливо. Когда речь заходила о матери, имели место выраженные эмоциональные реакции: с одной стороны проявлял сожаление по поводу ее смерти, а с другой крайне негативно оценивал ее роль в своей судьбе (“выжила отца”, была “причиной” раннего ухода больного из родного дома). Через месяц лечения стал полностью критичен к перенесенному психотическому эпизоду. После отмены медикаментозного лечения в течение 2-х недель оставался полностью критичным, сохранял реальные планы на будущее. Был выписан.

Данные клинико-патопсихологического исследования.

Исследование проводилось на 5-6 день пребывания в стационаре в период заметной ведущей психотической симптоматики при наличии у паци-

ента четкой положительной установки на углубленное психологическое обследование.

Темп психических процессов обычный, при исследовании познавательных процессов обнаруживалась достаточная устойчивость внимания и способность его к распределению (по корректурной пробе).

При исследовании памяти по методике запоминания 10-и слов воспроизвел все с 4 предъявления, через час-9. При проведении классификационной пробы, исследований на исключение и установлений аналогий обнаруживал высокий уровень абстрагирования с опорой на существенные признаки, по методике пиктограмм воспроизвел точно большинство предложенных понятий, при этом больным использовались адекватно эмоционально насыщенные образы, имеющие общепонятный, часто тривиальный характер и не отражающие индивидуальной проблематики.

Обследован по методике СМИЛ. Соотношение контрольных шкал (L:F:K=39T:70T:44T) отражает сохраняющуюся высокую степень дезинтеграции психического функционирования и тенденцию к подчеркиванию драматичности сложившейся ситуации. В целом профиль имеет “плавающий” характер с “позитивным” наклоном, отражающим психотический уровень расстройств.

Максимальные пики отмечаются по шкалам б(Pa)-94T,5(Mf)-81T,8(Sc)-78T, а также 3-(Hy)-71T. Сочетание пиков по б и 8 шкалам характерен для больных с систематизированным бредом. Ригидность аффекта в отношении своих неприемлемых обществом побуждений к установке через вторичную идеаторную переработку создает у больного субъективную уверенность в своей безусловной правоте, оправданности своих позиций, оценок поступков. Характерно крайне болезненное переживание отсутствия признания и принятия обществом. Отсутствие способности к интуитивному пониманию окружающих, затрудненность пропусков внутрь отрицательных сигналов от них сочетается с ранимостью. Относительно более низкий по сравнению с 8 и 6 показатели по 3(Hy) и 7(Pt) шкалам, а также высокий показатель по F объясняют формирование бредовых идей путем замены реального общества совокупностью собственных проекций и появление на высоте психотического эпизода галлюцинаций (“аутистическая коммуникация” по К.Леонгарду).

Особая дисгармоничность личности больного задается ярко выраженными чертами феминности, которые отражают в данном случае не только выбор реальной сексуальной ориентации, но и глубокое внутреннее противоречие между стеничностью и тенденцией к подчиняемости, чувствительности, сентиментальности, желанием быть признанным окружающими. Существование этого противоречия обнару-

живается довольно редко встречающимся сочетанием повышения показателей по б и 3 шкалам, что проявляется в стремлении, с одной стороны, ориентироваться на внешнюю оценку с вытеснением отрицательных мнений окружающих и, с другой, в ощущении враждебности окружения. Типичное при этом декларирование доброжелательного отношения к окружающим при внутренней враждебности и подозрительности находит отражение в низких показателях нулевой шкалы (Si). Имеющийся при этом низкий показатель шкалы K и относительно повышенный - 9 (Ma) соответствует стремлению к социальным контактам, ориентировке на внешнюю оценку с желанием повысить ее, а также тенденции доминировать и одновременно взывать о помощи (“реакция призыва”).

Метод цветowych выборов (8-цветовой тест М.Люшера) выявил следующие последовательности :

4-3-5-2-1-6-0-7

4-3-5-2-6-1-0-7.

Практическая идентичность выборов указывает на повышенную тугоподвижность эмоциональных оценок. Выраженность стресса в условных единицах минимальная (1!). В качестве декларируемой личностной тенденции выдвигается стеничность, активная позиция, стремление избежать любых ограничений, желание самостоятельности, повышение собственного престижа.

Вместе с тем имеют место застенчивость и пассивность, невозможность проявить раскованность чувств, чувствительность. При условии существования этих противоречий отмечаются нереализованность чувственных связей, затруднение межличностных контактов узкого круга, физиологическая потребность в пребывании в зоне комфорта, желание преодолеть чувство пустоты.

Больной переживает чувство обиды, недоверчив, склонен преувеличивать враждебность отношений к себе окружающих. Настойчив в реализации иррациональных способов противодействия окружающим.

Надежды и ожидания отличаются неопределенностью, удручен тайным страхом, возникающим из-за нежелательности возможного партнера. Указанные опасения вызывают беспокойную активность, разбросанность, непоследовательность.

Заключение по данным психологического исследования: у больного отсутствуют нарушения личностно-мотивационного компонента мышления и искажения процесса обобщения, присущие шизофреническому-регистр синдрому. В то же время получены данные, подтверждающие наличие бредовых расстройств, базирующихся на высокой психической (аффективной) ригидности. Отмечается глубокая противоречивость, дискордантность личностных тенденций, обуславливающих существование стойкой дисгармонии личности.

Обсуждение

Клинические проявления данного случая представлены остро развившейся и преходящей

параноидной симптоматикой на фоне стойкой аномалии личности. В соответствии с диагнос-