

Роль психогении в клиническом оформлении эндогенных бредовых расстройств

А.А. Шмилович

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РГМУ, Москва

РЕЗЮМЕ

Материал исследования: обследовано 213 стационарных больных шизоаффективным расстройством (56,3 %) и параноидной шизофренией (43,7 %), у которых бредовые расстройства развились (обострились) в условиях психотравмирующего воздействия. Группу сравнения (те же состояния, развившиеся без психогенной провокации) составили 107 пациентов.

Результаты: выявлены конституциональные и биологические предпосылки психогенно спровоцированного бредаобразования при шизофрении: 1) эпилептоидный, психастенический, параноидальный, истерический и циклоидный преморбид; 2) когнитивный дефицит вследствие задержек психического развития и (или) органического заболевания головного мозга; 3) астенизация в преддверии психоза. Выделены 3 диагностически неоднородных и полиморфных этапа развития эндогенного бреда при психогенной травматизации: 1) этап психогенно спровоцированных предвестников бреда (продром); 2) этап эндореактивного бреда (переходные синдромы); 3) этап клинически завершенного бредового синдрома. Определен специфический стереотип трансформации синдромов от невротических к переходным и далее – к бредовым.

Выводы: эндогенные бредовые расстройства, развившиеся после психогенной провокации, клинически неоднородны, полиморфны и атипичны. Возможность трансформации психогенных нарушений в эндогенные подтверждает гипотезу о мультифакторном патогенезе психозов шизофренического спектра. Отмеченная клиническая атипичность требует дифференцированных терапевтических подходов.

Summary

Background: 213 in-patients with schizoaffective disorder (56,3 %) and paranoid schizophrenia (43,7 %) which delusional disorder processed (exacerbated) under psychogenic exposure have been examined. Check group (the same disorders processed without psychogenic exposure) consisted of 107 patients.

Results: It has been determined that schizophrenics have constitutional and biological background for psychogenic forced delusions: 1) epileptoid, psychastenic, paranoic, hysteric and cycloid premorbid; 2) cognitive shortage as a result of mental retardation and/or cerebral organic disease; 3) asthenia ahead of psychosis. Three diagnostic nonhomogenous and polymorphous development stages of endogenic delusion under psychogenic trauma have been marked out: 1) stage of psychogenic provoked prognostic of delusion (prodrome); 2) stage of endoreactive delusion (transitional syndrome); 3) stage of clinically completed delusional syndrome. Specific stereotype of syndromes transformation has been determined: from neurotic to transitional and then to delusional.

Conclusions: Endogenic delusional disorders coursed after psychogenic provocations are clinically nonhomogenous, polymorphic and atypical. Possibility of psychogenic disorders to transform into endogenic proves a hypothesis about a multifactor pathogenesis of schizophrenic spectrum psychosis. The mentioned clinical atypia requires differentiated therapeutic approaches.

Отсутствие нозологического единства группы так называемых психозов шизофренического спектра обусловлено значительным полиморфизмом их клинической картины. Разнообразие диагностических трактовок этих состояний нашло свое отражение в МКБ-10, где эндогенные психозы «размыты» в большом количестве различных рубрик. Наиболее сложна квалификационная интерпретация бредовых нарушений, составляющих в подавляющем большинстве случаев «ядро» эндогенного психоза. Бредовые расстройства особенно часто становятся предметом диагностических дискуссий в тех случаях, когда их возникновению предшествует столкновение с экзогенными вредностями, в числе которых значительный удельный вес занимают психотравмирующие факторы.

На участие психогенных факторов в развитии бредовых нарушений при шизофрении указывал Э. Блейлер [3]. Полиморфизм клинических проявлений процессуального бреда, по мнению автора, связан с «...различными сочетаниями физиогенного и психогенного...». Под «психогенным» автор подразумевал реакцию личности на развивающееся заболевание и разнообразные психопатологические образования, возникающие под влиянием психогенно-травмирующих факторов. В последующих исследованиях было убедительно продемонстрировано, что именно психогении чаще остальных экзогенных вредностей провоцируют бредовые расстройства при шизофрении [1, 6]. При этом большинство исследователей прослеживали определенную динамику развития бредовой симптоматики при психогенно спровоцированной шизофрении от психогенных, чаще невротических симптомокомплексов к бредовым нарушениям. В отдельных работах анализ различий в динамике аутохтонного и психогенно спровоцированного эндогенного процесса приводил к попыткам разделения заболевания на так называемую ядерную (процессуальную) и реактивную шизофрению с разным исходом [8]. Авторы этой концепции отдельно указывают на то, что клиническая картина «реактивной шизофрении» в большей степени, чем при ядерных формах, насыщена бредовой продукцией [7]. Исследуя клинические характеристики бреда при шизофрении, многие авторы отмечали влияние психосоциальных факторов на клиническое оформление бредового синдрома. Особая роль при этом отводится семейным факторам и конфликтам с ближайшим окружением [9]. Чаще всего в работах отечественных авторов [2] подчеркивается, что в случаях шизофрении, возникшей в связи с психической травмой, бредовый синдром может иметь выраженную психогенную структуру. Бред в этих случаях «конкретен, не склонен к трансформации и разрастанию, что долгое время расценивается как доказательство его психогенной природы и затрудняет диагностику шизофрении». Независимое или коморбидное сосуществование психогенного и эндогенного в психическом статусе больного ставит перед практической психиатрией большое количество вопросов. Для их реше-

ния требуется изучение вариантов клинического взаимодействия этих двух нозологических форм. М.И. Рыбальский считает, что в случае присоединения психогении к основному бредовому шизофреническому процессу возможны следующие сочетания:

1. Психогенный фактор либо никак не отражается на бредовой шизофренической симптоматике, либо в результате некоторой паралогической переработки частично включается в психопатологический симптомокомплекс, не влияя на содержание и развитие бреда, а лишь подтверждая бредовую концепцию.
2. Содержание психогенного фактора формально используется в сюжете бреда, переплетаясь с другими бредовыми высказываниями больного.
3. Массивный психогенный фактор «наслаивается», «амальгируется» на основной шизофренический процесс, приобретая большинство признаков реактивного параноида, видоизмененного шизофренической почвой [4].

Аналогичные результаты получены при рассмотрении этого вопроса с позиций нозологической и синдромальной коморбидности [5].

Анализ большинства исследований, посвященных изучению психогенно спровоцированных бредовых нарушений, дает основания говорить о противоречивости их результатов. В частности, остаются до конца не разрешенными целый ряд принципиальных для клинической практики вопросов. Может ли при шизофрении развиваться истинное реактивно-обусловленное состояние, в том числе – бредовое? Возможна ли трансформация психогенного в эндогенное? Каковы клинические взаимодействия между невротическими нарушениями и процессуальными бредовыми состояниями? К какой диагностической категории следует относить «атипичные» бредовые нарушения, развивающиеся по психогенным механизмам у больных шизофренией? Отсутствие однозначных ответов на указанные вопросы является причиной противоречий относительно терапевтической тактики и курации больных с этой патологией. В этой связи становится актуальным проведение клинко-психопатологических исследований, направленных на изучение роли психогенного фактора в клиническом становлении, динамике и прогнозе психогенно спровоцированного процессуального бреда.

Целью настоящего исследования явилось выявление предпосылок к психогенно спровоцированному бредообразованию в рамках психозов шизофренического спектра, развившихся в условиях психотравмирующего воздействия, а также определение клинко-психопатологической и патокинетической специфики психогенно спровоцированных эндогенных бредовых расстройств.

Клинко-психопатологически обследовано 320 больных (234 женщины и 86 мужчин), находившихся на стационарном лечении в участково-территориальных отделениях Московской городской клинической психиатрической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева (главный врач – проф. В.Н. Козырев) в период с 2001 по 2008 гг. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 в исследование включались больные, состояние которых соответствовало критериям рубрик F.25 «Шизоаффективное расстройство» (56,3 % общей выборки) и F.20.0 «Параноидная шизофрения» (43,7 % общей выборки). Главным критерием отбора пациентов в общую группу (213 больных) была достоверная анамнестическая информация о том, что психотическая симптоматика развивалась в условиях хронического или острого психотравмирующего воздействия. Отдельно проводился набор больных в контрольную группу. У больных контрольной группы (107 пациентов) те же психотические состояния (F.25 и F.20.0) манифестировали или рецидивировали спонтанно без предваритель-

ной психогенной провокации. Несмотря на синдромальную неоднородность больных общей выборки, в клинической картине психотических состояний значительное место занимали бредовые расстройства.

Распределение больных в основной и контрольной группах по социально-демографическим показателям (пол, возраст, образование, социально-профессиональный статус, семейное положение, материальный достаток), а также по таким клинко-динамическим характеристикам, как возраст манифестации процесса, продолжительность заболевания, количество предшествовавших обострений, частота обострений и степень комплаенса, оказалось статистически сопоставимым, что определило достаточную рандомизацию для проведения достоверных корреляционных исследований.

Психотравмы, с которыми сталкивались больные основной группы в преддверии психоза, были условно разделены на 4 большие группы:

- 1) психотравма чрезвычайной силы,
- 2) эмоциональное лишение,
- 3) конфликт,
- 4) материальный ущерб.

Психотравмы чрезвычайной силы возникали при попадании в ситуации, в которых возникала непосредственная угроза жизни или свободе личности: террористические акты, преступления, криминальное преследование, катастрофы, нахождение под следствием, судебные процессы. В эту группу также включались психотравмы, возникавшие вследствие нанесения тяжелого морального ущерба: изнасилование, публичное унижение, осквернение могил родственников и др. Под эмоциональным лишением понимались ситуации, приводившие к разрыву связей с эмоционально значимым лицом: смерть близких родственников или разрыв желанных отношений (развод, тюремное заключение близкого, лишение больного родительских прав и др.). Психотравмы конфликтного содержания учитывались только в том случае, если конфликтная ситуация становилась непосредственной причиной снижения социально-профессиональной или семейной адаптации больных. Как правило, речь шла о трудноразрешимых конфликтах на работе и в семье, в результате которых должно было произойти увольнение, понижение в должности, имущественные потери, разрыв семьи и т. п. Сюда же относились конфликты с ближайшим окружением, приводившие к унижению чести и достоинства личности. Группа психотравм, обусловленных материальным ущербом, включала в себя неожиданные ситуации, приводившие к значительным для больных имущественным лишениям. В большинстве случаев это происходило вследствие несчастных случаев, мошеннических действий, нерасчетливого кредитования, денежных недостатков на работе, увольнения, потери единственного кормильца и пр. Часто психотравмирующие события несли в себе многофакторное воздействие, например эмоциональное лишение, конфликт и материальный ущерб одновременно. В этих случаях учитывалась только та психогения, которая оказывалась наиболее тяжелой для больного («ключевое переживание» по Е. Kretschmer).

У больных основной группы были выявлены дополнительные (помимо процессуальной «почвы») конституциональные и биологические предпосылки к бредообразованию в условиях психотравмирующего воздействия.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ

Сравнение с группой контроля показало достоверное преобладание эпилептоидных, психастенических, паранойальных, истерических и циклоидных черт характера в преморбиде больных основной группы

Таблица 1. Распределение больных основной и контрольной групп по преморбидной структуре личности

Преморбидная структура личности	Основная группа, n = 213		Контрольная группа, n = 107		Всего, n = 320	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Астеники	10	4,7	18	16,8	28	8,8
Истерики	28	13,1*	2	1,9	30	9,4
Неустойчивые	4	1,9	9	8,5	13	4,0
Паранойяльные	29	13,6*	4	3,7	33	10,3
Психастеники	37	17,4*	5	4,7	42	13,1
Циклоиды	47	22,1*	7	6,5	54	16,9
Шизоиды	34	16,0	61	57,0*	95	29,7
Эпилептоиды	24	11,2*	1	0,9	25	7,8
Итого	213	100,0	107	100,0	320	100,0

Примечание. *P > 0,05.

Таблица 2. Когнитивные нарушения в основной и контрольной группах

Когнитивные нарушения		Основная группа, n = 213		Контрольная группа, n = 107		Всего, n = 320	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Показатели когнитивного дефицита по данным экспериментально-психологического исследования	расстройства памяти	26	12,2	11	10,3	37	11,6
	расстройства внимания (истощаемость)	31	14,6	12	11,2	43	13,4
	снижение уровня обобщения и абстрагирования	39	18,3*	10	9,3	49	15,3
	общее снижение понятийного уровня	44	20,7*	11	10,3	55	17,2
Задержки психического развития в анамнезе		72	33,8*	16	14,9	91	28,4
Пфрпрофшизофрения		5	2,3	0	0,0	5	1,6

Примечание. *P > 0,05.

(табл. 1). У всех пациентов с отмеченной конституцией отмечалась склонность к формированию устойчивых, труднокорректируемых умозаключений (чаще persecutorного содержания) при попадании во фрустрирующие ситуации.

Ригидность, вязкость, обстоятельность, прямолинейность, застреваемость на мелочах, подозрительность, упрямство, злопамятность и многие другие черты эпилептоидных характеров являлись почвой для паранойяльного реагирования на конфликтные ситуации. У этих больных при столкновении амбиций и интересов с окружающими часто формировались устойчивые идеи отношения, возникала жажда «справедливой» мести, разрабатывалась стратегия борьбы с недоброжелателями. Со свойственными им злопамятностью и ригидностью они скрупулезно и педантично строили планы разоблачения «страшных преступлений, творящихся вокруг них». В подавляющем большинстве случаев бредовые расстройства у этих больных развивались по механизмам первичного бредообразования, на базе обстоятельного, лабиринтного мышления и «кривой логики».

При попадании психастеников в ситуации эмоционального лишения типичные для них тревожная мнительность, сенситивность и ананкастность становились основой для развития беспочвенных угрызений совести, продолжительного и устойчивого чувства вины и неполноценности. В этом состоянии легко формировались идеаторные obsessions, фобии, панические атаки. Эти психогенно обусловленные переживания становились основой бредовых нарушений в последующем эндогенном (чаще – шизоаффективном) психозе.

Для паранойяльных личностей любая психотравмирующая ситуация становилась причиной декомпенсации их врожденной подозрительности. У этих больных фабула бредовых идей в наибольшей степени была «привязана» к содержанию спровоцировавшей их психотравмы. Так, бредовые идеи ревности возникали на фоне тяжелых конфликтов в семье, сутяжные идеи и бред реформаторства развивались при возникновении психотравмирующих обстоятельств на работе. Особенно тяжелой была декомпенсация характерологической паранойяльности при попадании в криминальные ситуации, при которых persecutorная настроенность и детективное поведение становились для больных главными адаптационными механизмами.

Пациенты с шизофренией с истерическим преморбидом при столкновении с психотравмой чаще всего реагировали на нее массивными аффективными и диссоциативными нарушениями с грубыми соматоформными и конверсионными расстройствами (гипо- и парестезии, сенестопатии, парезы, афония, ступор, гиперкинезы, припадки и др.). Помимо этого, повышенная внушаемость этих больных, склонность к псевдологии создавали предпосылки к формированию устойчивых индуцированных фантазий, содержание которых в условиях длительного психотравмирующего воздействия приобретало бредоподобный характер. Грезоподобные фантазии, возникавшие в рамках истерического психоза, трансформировались в образный бред представления (воображения), который становился «ядром» шизоаффективного психоза.

При аффективно-лабильном (циклоидном) преморбиде «почвой» для бредообразования служила свойственная этим больным чрезмерность аффективных реакций в стрессовых ситуациях. На высоте аффекта любой полюсности по механизму нарушения чувственного познания у них развивались сверхценные, а затем бредовые идеи, конгруэнтные аффекту. Так формировался бред самообвинения и греховности, особого значения и величия, изобретательства и эротоманического содержания.

Еще одной предпосылкой к бредообразованию в условиях психотравмирующего воздействия у больных шизофренией являлся сравнительно низкий уровень понятийных способностей, связанных с интеллектуальным дефицитом. Более чем в трети случаев (табл. 2) у пациентов основной группы отмечались задержки психического развития в детском возрасте. У 2,3 % больных основной группы диагностирована пфрпрофшизофрения. Показатели когнитивного дефицита, связанного как с врожденными факторами, так и с органическими экзогенными, чаще обнаруживались по данным экспериментально-психологического обследования в основной группе. Затруднения в аналитической деятельности, сложности в обобщении и абстрагировании, наглядно-образный, конкретный, шаблонный уровень мышления, «аффективная» логика, повышенная внушаемость и низкий уровень критики создавали соответствующую «почву» для формирования труднокорректируемых суждений при попадании в психотравмирующую ситуацию.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ

Экзогенные факторы, имевшие место в преддверии как манифестных, так и рецидивирующих шизофренических психозов, также обнаруживались с достоверным преобладанием в основной группе по сравнению с контрольной (табл. 3). В подавляющем большинстве случаев речь шла об астенизирующих вредностях, которые были представлены вирусными инфекциями (23,0 %), алкогольным злоупотреблением (13,1 %), объективными физическими перегрузками (ненормированный рабочий день, отсутствие выходных, длительный уход за тяжело больным родственником и др.) (21,1 %), вынужденным недосыпанием (грудной ребенок, суточный график работы и др.) (24,9 %). Психогенное воздействие в этих случаях оказывалось «последней каплей», срывавшей адаптационные механизмы. Биологически измененная «почва» создавала необходимый фон для бредовой интерпретации стрессовых событий. У этих больных бредовые нарушения на манифестном этапе напоминали «параноидные реакции фона» К. Schneider или «параноиды внешней обстановки» С.Г. Жислина.

Дальнейшее прогрессирование психоза после прекращения экзогенного воздействия позволяло окончательно диагностировать процессуальную природу бредовой продукции.

Тщательный анализ начального этапа развития психотических расстройств при психогенной провокации позволил выделить несколько этапов становления бредовой продукции в условиях психотравмирующего воздействия:

- 1) этап психогенно спровоцированных предвестников бреда (продром);
- 2) этап эндореактивного бреда (переходные синдромы);
- 3) этап клинически завершенного бредового синдрома.

На этапе психогенно спровоцированных предвестников бреда имели место психические нарушения психогенной природы, ставшие в последующем «почвой» для бредообразования. Среди них были выявлены:

- 1) ситуационный сверхценный страх преследования;
- 2) психогенная аффективная настороженность;
- 3) реактивная растерянность с обманами восприятия;
- 4) невротический астенический ментизм;
- 5) истерическое бредоподобное фантазирование;
- 6) индуцированные заблуждения (индуцированный «бред»);
- 7) психогенные сенситивные идеи отношения.

Психотравмирующие обстоятельства, предполагавшие реальную угрозу жизни или свободе личности, формировали психологически обусловленный и адекватный сложившейся ситуации страх криминального или юридического преследования. Больные, оказывавшиеся жертвами мошеннических действий, насилия или попадавшие под подозрение следствен-

ных органов, испытывали постоянный персекуторный страх, продиктованный реальными фактами, объективно подтверждавшими слежку. Отмеченные расстройства квалифицировались на этом этапе как ситуационные параноидальные реакции.

В отдельных случаях предвестником бредовых расстройств выступала психогенная тревожно-депрессивная симптоматика, провоцировавшая состояния аффективной настороженности. Под аффективной настороженностью подразумевались опасения возможного повторения психотравмирующего воздействия. Находясь в состоянии психогенной депрессии, больные, манипулируя депрессивной логикой, исходили из известного постулата, что «беда не приходит одна». Нередко подобная настороженность возникала в ситуациях повторной психотравматизации за короткий промежуток времени (например, две и более смертей близких родственников подряд). Это сопровождалось настороженным отношением к происходящим событиям с постоянным ожиданием очередной беды, угрозы и т. п.

Еще одним предвестником психогенно спровоцированных эндогенных бредовых расстройств была реактивная растерянность с обманами восприятия. Эти расстройства носили транзитный характер, возникали непосредственно при воздействии внезапной и неожиданной психотравмы чрезвычайной силы. Психотический уровень нарушений, психомоторные симптомы, расстройства сознания по типу «аффективно-суженого сумеречного помрачения» делали их диагностически схожими с аффективно-шоковыми реакциями. Аффективная избирательность восприятия, отдельные психогенные иллюзорно-галлюцинаторные нарушения и парциальный характер мнестических нарушений создавали достаточную предпосылку для последующего бредообразования у этих больных.

В условиях пролонгированной психической травматизации, сочетающейся со значительной физической перегрузкой, нередко развивались состояния, которые укладывались в диагностические рамки невротизации. Астеническая или церебрастеническая симптоматика у этих больных сопровождалась явлениями ментизма. Помимо непродуктивного ускорения идеаторной активности, больные отмечали путаницу мыслей, «вихрь идей», сумбурный поток ассоциаций и т. п. Отмеченные расстройства мышления имели четкую связь с интенсивностью стрессового воздействия и астенизирующими факторами (вынужденное недосыпание, недоедание, тяжелый физический труд). Впоследствии отмеченные ассоциативные нарушения становились «почвой» для бредообразования.

Истерическое бредоподобное фантазирование наблюдалось в преддверии шизофренического психоза лишь у 5 больных общей выборки. Тем не менее, несмотря на немногочисленность этих наблюдений (что соответствует общепопуляционным эпидемиологиче-

Таблица 3. Экзогенные факторы, предшествовавшие развитию психозов шизофренического спектра

Экзогении		Основная группа, n = 213		Контрольная группа, n = 107		Всего, n = 320	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органическое поражение головного мозга (ЧМТ, ПНМК)		6	2,8	1	0,9	7	2,2
Соматогении	острые вирусные инфекции	49	23,0*	12	11,2	61	19,1
	рецидив/манифестация терапевтической, хирургической, гинекологической патологии	15	7,0	4	3,7	19	5,9
Другие вредности	алкогольный абзус	28	13,1*	6	5,6	34	10,6
	значительные физические перегрузки	45	21,1*	11	10,3	56	17,5
	дефицит сна	53	24,9*	11	10,3	64	20,0
	голодание	20	9,4	9	8,4	29	9,1
	передозировка психостимулирующих средств (кофеин, ноотропы, препараты для похудения, фитостимуляторы, «экстази» и др.)	8	3,8	4	3,7	12	3,8
	прочие	3	1,4	1	0,9	4	1,3
Примечание. *P > 0,05.							

ским данным), отмеченные расстройства также решено было включить в группу предвестников бредовых нарушений при психогенной провокации эндогенных психозов. Фантастические бредоподобные суждения, сопровождаемые отрывочными иллюзорно-галлюцинаторными переживаниями, строились вокруг острых и чрезвычайных психотравмирующих обстоятельств. Они отличались транзиторностью и пароксизмальностью, сопровождались явлениями аффективной суженности сознания, демонстративным и гротескным возбуждением с шантажной аутоагрессией и различными сенсомоторными расстройствами, включая истерический припадок. Диагностика психогенного характера отмеченных психотических расстройств была затруднительной в связи с шизофреноформностью фабулы фантазий, с одной стороны, и наличием экзогенно-органической и эпилептиформной окраски нарушений – с другой. У всех этих больных шизофренический психоз развивался после относительно продолжительного (от 3 дней до 2 недель) «светлого» промежутка. Несмотря на это, неамнезированная часть бредоподобных фантазий составляла «ядро» бредовой системы в последующем эндогенном психозе.

У части больных на продромальном этапе в условиях психотравмирующего воздействия формировался психогенный индуцированный бред. Индукторами в таких случаях выступали либо душевно больные родственники, либо представители так называемых паранормальных или метафизических практик (экстрасенсы, колдуны, маги, гадалки и т. п.). Индуцированию способствовала высокая внушаемость, являвшаяся одним из частых клинических проявлений психогенных расстройств, по поводу которых больные и обращались за помощью к различным парапсихологическим «лекарям». Стойкая убежденность в наличии «сглаза» и «порчи», «негативного влияния космоса» и т. п., будучи вначале труднокорректируемым индуцированным заблуждением, в дальнейшем, на этапе формирования эндогенных психотических расстройств, преобразовывалась в острый чувственный или образный бред.

Еще одним предвестником бредовых нарушений при психогенной провокации шизофренических психозов являлись сенситивные идеи отношения. Эти расстройства преимущественно развивались у сенситивно-шизоидных личностей в ответ на так называемые «этические конфликты» (служебные, семейные, сексуальные). Они не достигали степени бреда, будучи нестойкими и тесно связанными с актуализацией конфликта. Одним из источников развития сенситивных идей отношения (особенно у женщин) являлся значительный и очевидный внешний дефект. Больные замечали в общественных местах обращенные на них «брезгливые» взгляды, «насмешки». Нередко формировалась социофобия и избегание людных мест. Отмеченные расстройства были включены в группу предвестников бреда, так как в последующем происходила трансформация обсессивно-сверхценных идей отношения в параноидный синдром.

Этап эндореактивного бреда был представлен сложными полиморфными симптомокомплексами, сочетавшими в своей структуре психогенные нарушения, описанные выше как продром бредовых расстройств и собственно бредовых симптомов шизофренической природы. Оценка этих состояний с клинико-динамических позиций позволяет квалифицировать их как переходные синдромы. Выделено четыре группы переходных эндореактивных синдромов: 1) депрессивно-бредовой, 2) обсессивно-бредовой, 3) истеро-бредовой, 4) эндореактивная паранойя.

Депрессивно-бредовой синдром (51,2 %)

Как аффективная, так и бредовая его части отличались эндореактивностью – сочетанием психогенных и процессуальных диагностических признаков.

Депрессивная симптоматика была представлена массивным тревожным аффектом, ожиданием повторения или усугубления психотравмирующего события. Больные связывали свое состояние со стрессовыми факторами и при упоминании о них реагировали утяжелением депрессивных проявлений. Одновременно с этим имели место эндогенные клинические признаки: правильные суточные колебания аффекта, витальность, катестетические боли в загрудинной области, суицидальные намерения, чувство безысходности, болезненное психическое бесчувствие.

Бредовые расстройства были представлены комбинацией психологически детерминированных бредовых идей отношения и обвинения, разорения и обнищания, ревности и эротического презрения, с одной стороны, и голотимного бреда самоуничтожения и самообвинения, воздействия и инсценировки, особого значения и двойников – с другой.

Обсессивно-бредовой синдром (7,5 %)

Клиническая картина этих симптомокомплексов была представлена сочетанием невротических навязчивостей и эндогенных бредовых синдромов. Отмечалась комбинация психогенной нозофобии с паранойальным ипохондрическим бредом, панических атак и агорафобии с острой бредовой деперсонализацией, сенестопатозом и сенсорными психическими автоматизмами, социальной фобии и дисморфомании с бредом отношения, транспортных фобий с явлениями ментизма, идеаторными и сенсорными автоматизмами, дереализацией и острым чувственным бредом инсценировки.

Истеро-бредовой синдром (20,2 %)

Соматоформная истеро-конверсионная симптоматика (анестезия по типу «перчаток и носков», парестезии, алгии, псевдопарезы, псевдопараличи и др.) сопровождалась бредовой интерпретацией, сочетаясь с висцеральным галлюцинозом, бредом одержимости или синдромом Котара. Психогенный истерический психоз полиморфной структуры с сочетанием ступора, аффективно суженного сознания, псевдодеменции, астазии-абазии сосуществовал с аффективно-бредовыми и кататоно-гебефреническими нарушениями процессуальной природы. Причем эндогенная и психогенная части психоза находились в тесных межсиндромальных взаимодействиях, время от времени трансформируясь друг в друга. Синдром бредоподобного фантазирования сочетал в себе черты психогенного истерического психоза (транзиторность и пароксизмальность, аффективная суженность сознания, демонстративность и гротескность мифоманических построений и их содержательная связь с психотравмирующим событием) и острого бреда воображения, бредовой эротомании, религиозного, архаического, манихейского и апокалиптического бреда.

Эндореактивная паранойя (21,1 %)

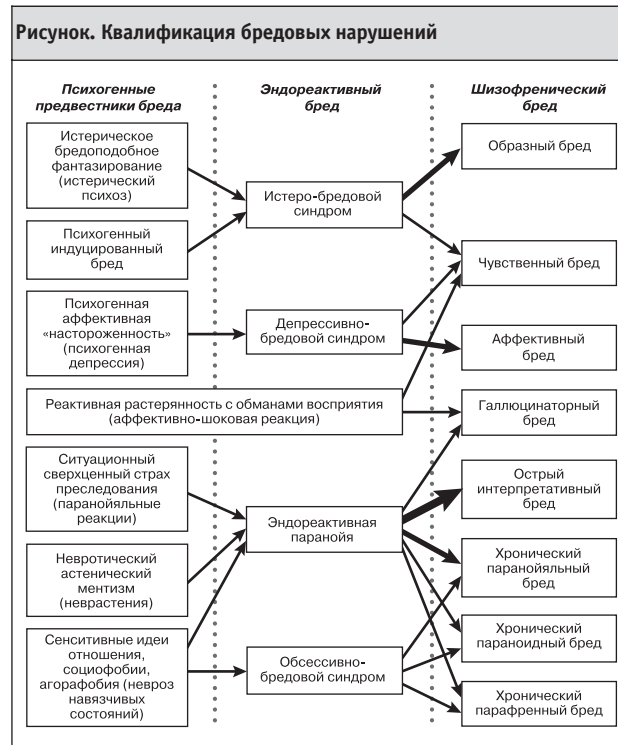
У 21,1 % больных в качестве переходного синдрома диагностировалась так называемая эндореактивная паранойя. В этой группе наблюдалось сочетание психогенных сверхценных идей и процессуального интерпретативного бреда. Необходимо отметить, что у этих больных психотравмирующие обстоятельства были представлены непосредственной угрозой насильственной смерти или лишения свободы (следственные действия). Эти пациенты подвергались криминальному преследованию, подозревались в совершении преступлений и т. п. Содержание ситуационно обусловленных сверхценных persecutory переживаний полностью соответствовало психотравме. Паранойальный бред шизофренической природы не просто сосуществовал с реактивными интерпретативными образованиями, а являлся результатом их дальнейшей психогенно-про-

цессуальной динамики. Достаточно продолжительное время бредовые расстройства у этих пациентов обнаруживали тесную взаимосвязь с психотравмирующими обстоятельствами и не расценивались ближайшим окружением (во многом индуцированным этими идеями) как патологические. Тем не менее стойкость и некорректируемость этих суждений, их тенденция к генерализации и расширению фабулы, сохранявшаяся высокой охваченностью при отдалении во времени или полном исчезновении реальной угрозы для жизни или свободы личности, давали основания говорить об их патологической трансформации. Эти состояния представляли наибольшие сложности для дифференциальной диагностики, так как, с одной стороны, являлись типичными процессуальными симптомами, а с другой – были психологически обусловленными и логически вытекавшими из психотравмирующих обстоятельств.

На этапе клинически завершенного бредового синдрома бредовая симптоматика оформлялась в синдромально очерченное психопатологическое образование процессуальной природы. В рамках данного исследования все бредовые синдромы, как в основной, так и в контрольной группах, было решено классифицировать по двум ключевым характеристикам, таким как острота возникновения (острый и хронический бред) и психопатологическая «почва» для бредообразования – расстройства представлений (образный бред), восприятия (чувственный, галлюцинаторный бред), аффекта (депрессивный, маниакальный бред), мышления (интерпретативный, паранойяльный, параноидный и парафренный бред). Бредовая продукция в большинстве случаев не отличалась стабильностью и статичностью, нередко трансформируясь в пределах одного приступа или рецидива. Учитывая пластичность и изменчивость бредовых нарушений, они были выстроены в динамический континуум: образный бред воображения (острая фантастическая парафрения) – чувственный бред восприятия (острый галлюцинаторно-параноидный синдром) – аффективный бред (идеи самоуничтожения, экспансивная парафрения, аффективно-бредовый синдром) – галлюцинаторный бред (бредовая трактовка «голосов») – острый интерпретативный бред (бредовое озарение) – хронический паранойяльный бред (бред толкования) – хронический параноидный бред (синдром Кандинского) – хронический парафренный бред (систематическая парафрения).

Квалификация бредовых нарушений производилась в соответствии с основным синдромом, преобладавшим в клинической картине приступа (обострения). При психогенной провокации бредовых психических расстройств обнаруживалась определенная закономерность смены синдромов от психогенных предвестников к эндореактивным состояниям и далее к клинически завершенному бредовому расстройству (см. рисунок).

Образному бреду воображения предшествовали описанные выше истеро-бредовые состояния, которые в свою очередь развивались на основе первичных психогений истерического полюса (бредоподобные фантазии или индуцированные бредовые суждения). Острый чувственный и аффективный бред формировался в результате эндогенизации психогенной депрессии с аффективной настороженностью. Переходным синдромом при этом варианте патокинеза являлось эндореактивное депрессивно-бредовое состояние. Реактивная растерянность с обманами восприятия при аффективно-шоковых реакциях становилась «почвой» для развития галлюцинаторного или чувственного бреда. Предпосылкой для психогенно спровоцированных манифестаций или обострений интерпретативного бреда паранойяльной, параноидной или парафренной структуры являлась эндореактивная паранойя, кото-



рая в свою очередь «вытекала» из ситуационного сверхценного персекуторного страха в рамках паранойяльных реакций, неврастенического ментизма или сенситивных идей отношения, социо- и агорафобии при невротизации навязчивых состояний. Психогенные обсессивно-компульсивные нарушения иногда трансформировались в эндореактивное обсессивно-бредовое расстройство, на «базе» которого развивалась или заострялась процессуальная паранойяльная, параноидная или парафренная симптоматика. Таким образом, психогения играла существенную роль не только в оформлении фабулы эндогенного бреда, но и определяла в большинстве случаев его патокинез и психопатологическую структуру. Дополнительным подтверждением этого тезиса могут послужить примеры развития «нетипичных» для той или иной формы процессуального заболевания бредовых симптомов при их психогенной провокации (табл. 4). Появление вторичного бреда при непрерывно текущей параноидной шизофрении наблюдалось только в основной группе в 21,4 % случаев. Первичный, интерпретативный, систематизированный бред наблюдался в основной группе шизоаффективных психозов почти в два раза чаще, чем в контрольной. При всех вариантах подобной «атипии» удалось проследить описанные выше па-

Таблица 4. Соотношения бредовых синдромов в основной и контрольной группах, %

	Шизоаффективный психоз		Параноидная шизофрения	
	Основная группа	Контроль	Основная группа	Контроль
Первичный бред (острая интерпретация, хронический систематизированный паранойяльный, параноидный, парафренный)	14,0 (!)	7,9	78,6	100,0
Вторичный бред (образный, чувственный, депрессивный, маниакальный, галлюцинаторный)	86,0	92,1	21,4 (!)	0,0

тодинамические закономерности клинического становления бредовых нарушений в условиях психотравмирующего воздействия.

В заключение следует отметить, что большинство больных как основной, так и контрольной групп, помимо субъективно-значимых психотравм сталкивались с целым рядом разнообразных неспецифических психотравмирующих воздействий. К таким психогениям, прежде всего, необходимо отнести стигматизацию, последствия которой испытывали на себе в большей или меньшей степени фактически все пациенты общей выборки. Оценить степень ее влияния на клиническую картину бредовых состояний крайне сложно. Вместе с тем необходимо отметить, что больные, которые в большей степени подверглись «общественному отвержению», обнаружили большую степень систематизации бредовых идей как при шизоаффективном психозе, так и при параноидной шизофрении. Это служило относительным предиктором неблагоприятного прогноза заболевания.

Таким образом, результаты проведенного исследования указывают на клиническую и патогенетическую неоднородность бредовых расстройств при психозах шизофренического спектра, развившихся в условиях психотравмирующего воздействия. Принципиальная возможность трансформации психогенных нарушений в эндогенные подтверждает гипотезу о мультифакторном патогенезе психозов шизофренического спектра. Степень так называемой «клинической атипичности» эндореактивных психозов столь высока, что соотносить их с диагностическими критериями шизофрении или психогенных заболеваний некорректно. В этой связи имеется достаточно оснований для выделения нозологически самостоятельных групп эндоре-

активных заболеваний. Для практической психиатрии должны быть особенно значимы диагностические критерии предвестников психогенно спровоцированных бредовых психозов, а также «переходных» эндореактивных состояний. Своевременная диагностика и терапия этих нарушений позволит в значительной степени усовершенствовать профилактику психозов шизофренического спектра.

Литература

1. Амбрумова А.Г. К клинко-патофизиологической характеристике шизофрений, возникших после психической травмы / Труды Всесоюзной научной практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С.С. Корсакова. М., 1955.
2. Амбрумова А.Г., Ордянская А.Б. Типы психогенных реакций у больных шизофренией с благоприятным течением (клинко-катамнестическое исследование) // Актуальные вопросы социальной психиатрии и пограничных нервно-психических расстройств. М., 1975.
3. Блейлер Е. Руководство по психиатрии / пер. с нем. А.С. Розенталя. Берлин: Врач, 1920. Репринтное издание: изд-во Независимой Психиатрической Ассоциации, 1993.
4. Рыбальский М.И. Бред. М.: Медицина, 1993.
5. Смулевич А.Б., Колюцкая Е.В., Алмаев А.А., Ильина Н.А., Тухватулина Л.Ш. Посттравматическое стрессовое расстройство при эндогенных заболеваниях // Психиатрия. 2003. № 3.
6. Фрумкин Я.П. Психогенные факторы в патогенезе и течении шизофрении // Сборник рефератов научных работ сотрудников Киевского медицинского института. Киев, 1957.
7. Berze E. Psychologie der schizophrenic // Springer, Berlin. 1929.
8. Langfeldt G. The reactive psychoses // Wein Zeitschrift fur Nervenheilkunde. 1967. Vol. 25. P. 278?285.
9. Myin-Germeys P.A., Nicolson N.A., Delespaul E.G. Контекст бредовых переживаний в повседневной жизни больных шизофренией // Psychological Medicine. 2001. № 31.