М. И. РЫБАЛЬСКИЙ

БРЕД

Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность бредовых, навязчивых, сверхценных идей

МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1993

OCR SH GROUP

Р 93
УДК 616.89-008.452-036.1

Рыбальский М. И.

Р 93 Бред.— М.: Медицина, 1993.— 368 с.,
ISBN 5-225-02069-0.

В монографии представлены данные литературы, результаты собственных наблюдений, выводы автора по большинству теоретических и практических аспектов проблемы бреда, навязчивых состояний, сверхценных идей. Приведены история проблемы, методика оценки критериев (параметров) психопатологического анализа бреда и «смежных» с ним состояний, классификация и описание клинического своеобразия бредовых синдромов и их проявлений при разных психических заболеваниях. Особое внимание уделено исследованиям механизма бредообразования, эпидемиологии бредовых психозов и бреда, теориям анатомо-физиологической, а также энергетической сущности интеллектуальной деятельности и бредового творчества.

Для психиатров, наркологов, психологов.

Р $\frac{4108110000—46}{039(01)—93}$ Без объявл.

ISBN 5-225-02069-0

© М. И. Рыбальский, 1993

ПРЕДИСЛОВИЕ

Среди многообразия проявлений психических расстройств бредовые феномены представляют особую сложность и наиболее трудны для исследователя.

Сложность изучения «проблемы бреда» связана с рядом весьма значимых обстоятельств. К ним прежде всего относится то, что бредовые расстройства возникают, формируются в связи с болезненным искажением мыслительного процесса, сущность которого до настоящего времени неизвестна. При этом указанные расстройства отличаются чрезвычайным полиморфизмом и проявляются не только в виде бреда, но также в форме разнообразных психопатологических явлений от доминирующих, сверхценных, навязчивых идей до бредоподобных и галлюцинаторно-бредовых симптомокомплексов. Планомерное изучение бредовых и всех перечисленных феноменов неизбежно должно начинаться с исследования теснейшим образом связанных с ними состояний сознания, особенностей мышления, антропологических, этнографических и ряда других факторов. В свою очередь феноменологический анализ того или иного бредового синдрома в значительной степени усложняется в результате обусловленного психофармакотерапией увеличения удельного веса редуцированных форм психопатологических проявлений. Границы между соответствующими редуцированными и абортивными бредовыми феноменами, сверхценными и навязчивыми переживаниями нередко весьма трудно определимы.

Указанные обстоятельства привели к непомерному расширению границ самой проблемы и невозможности тщательной ее разработки без участия многих научных дисциплин, в частности психологии, физиологии, биохимии, философии и др. Следует добавить, что проблема бреда не только одна из самых сложных, но и наиболее спорных разделов общей психопатологии. Симптомы и синдромы, характеризующие любые проявления психического заболевания, всегда отражают те или иные нарушения нормальной познавательной деятельности человека. Сложность дефиниции термина «познание»—«познавательная деятельность» связана с тем, что этот термин включает элементы процесса познания, такие, как ощущение, восприятие, пред-

ставление, понятие и собственно мыслительный процесс, причем в равной степени невозможно разграничить между собой названные элементы познания и установить позицию, с которой начинается собственно процесс мышления. По-видимому, наиболее правильно рассматривать мыслительную деятельность в виде сложного явления, включающего неотделимые друг от друга элементы познания, сливающиеся с условно разделенными категориями — «сознание», «мышление», «интеллект». Патологическое нарушение мыслительной деятельности составляет главное проявление различных психических заболеваний. Основные признаки этих заболеваний выражаются в самых разнообразных синдромах, получивших сводные наименования «иллюзии», «галлюцинации», «псевдогаллюцинации», «сверхценные», «навязчивые», «бредовые» идеи.

Исследованию сущности и клинических проявлений перечисленных психопатологических феноменов, на наш взгляд, уделяется недостаточно внимания. Вместе с тем многие авторы исследуют не только влияние сложного многообразия факторов на процессы бредообразования, но и делают попытки идти от понимания сущности бредовых явлений к постижению самого механизма познания творческой, мыслительной деятельности. Однако широкого, разностороннего фундаментального исследования проблемы бреда в психиатрической литературе, как отечественной, так и зарубежной, нам встречать не приходилось. Такое разностороннее освещение проблемы бреда, включающее синтез всех многообразных не только клинико-психопатологических, но и философских, психологических, физиологических аспектов, представляет огромные трудности и требует от автора глубокой, можно сказать, энциклопедической подготовки. Даже такие содержательные работы, как вышедшие у нас монографии Е. Н. Каменевой, А. Б. Смулевича и М. Г. Шириной, а также Г. Губера и Г. Гросса — в Германии, посвящены скорее некоторым вопросам психопатологии отдельных бредовых синдромов, наблюдаемых в клинике различных форм шизофрении, нежели вообще проблеме бреда. Впрочем постановка любого клинического исследования высшей психической деятельности человека и патологии этой деятельности зависит от цели и задач, которые ставит перед собой автор, его принципиальных диагностических установок и степени прагматизма, характера философских взглядов на данную проблему, а главное, от признания им приоритета при постановке подобных исследований одного из двух основных направлений: «психиатрии течения» или «психопатологической психиатрии».

Автор монографии «Бред» — доктор медицинских наук Марк Исидорович Рыбальский, известный клиницист-психиатр, занимается изучением вопросов психопатологии галлюцинаций, бреда, навязчивостей в течение многих лет. Из 7 опубликованных им до настоящего времени книг 4 посвящены разным аспектам

психопатологии галлюцинаторно-бредовых и близких к ним расстройств. Итоги клинических исследований разнообразных галлюцинаторных явлений подведены в больших монографиях «Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации» (1989), а также «Галлюцинаторные феномены и компьютерная диагностика» (1992).

Теперь мы знакомимся с обобщением исследований проблемы бреда и близких к нему психопатологических синдромов. В предлагаемой вниманию читателя монографии впервые предпринимается попытка освещения проблемы бреда в весьма систематизированном и разностороннем плане. Учитывая поставленные перед этой монографией задачи, описание в ней ряда вопросов, касающихся нормальной психической деятельности, анатомии и физиологии мыслительного процесса, биоэлектрической активности мозга, эпидемиологии, можно признать вполне обоснованным. Вместе с тем необходимость включения в структуру некоторых глав сложных философских вопросов нельзя считать бесспорной, хотя проводимые автором исследования таких проблем, как механизм бредообразования и определение критериев, параметров бреда, действительно может нуждаться в анализе с позиций законов формальной логики.

Необходимо подчеркнуть, что при проведении исследования автор опирался как на обширные данные отечественной и зарубежной литературы, так и на результаты многолетних собственных наблюдений, что позволило ему синтезировать на современном уровне различные аспекты проблемы бреда.

Известное своеобразие изложения материала, отдельных формулировок, понятий, теорий состоит в том, что автор указанные материалы приводит не авторизованно, т. е. от своего имени, а со ссылкой на ученых, впервые или наиболее полно их описавших. Иначе говоря, в отличие от руководств и монографий, в которых перефразируются давно высказанные мысли, идеи, определения, автор те же мысли, идеи, определения приводит в оригинале, не присваивая себе чести соавторства или позиции первооткрывателя.

Структура и расположение материала соответствуют основной задаче книги — содействовать пониманию сущности бредовых расстройств и умению распознавать эти расстройства в различных их проявлениях при разных психических заболеваниях.

В первых двух главах детально обсуждаются вопросы терминологии бредовых проявлений психических заболеваний, связь этих проявлений с состоянием сознания, а также с интеллектуальной и мыслительной деятельностью.

Решение автора включить в 1-ю главу описание состояния сознания, мышления, интеллекта в норме и патологии мы считаем вполне правильным. Бесспорно, такое описание более характерно, даже обязательно для руководства по психиатрии. Однако без этого описания автору было бы трудно исследовать

проблему бредообразования, определить параметры бреда и т. д.

В 3-й и 4-й главах приводятся материалы о клинических проявлениях доминирующих и сверхценных идей, бредоподобных и бредовых синдромов, делается попытка их психопатологического анализа, дифференциации, систематики, классификаций различных форм, вариантов, стадий.

Глава 5 посвящена клинике бредовых синдромов при различных психических заболеваниях. Здесь впервые в нашей монографической литературе по проблеме бреда рассматриваются многообразные причинно-следственные связи, возникающие при патологии психической деятельности, проявляющейся бредовыми синдромами, обсуждаются соматобиологические, патофизиологические основы бреда, приводятся интересные данные по его эпидемиологии. Несомненный интерес представляет выдвигаемое в работе (в порядке «догадки», предварительного суждения, предпосылки к теории) положение об «энергетическом обеспечении» мыслительной деятельности человека в норме и патологии.

В монографии предпринята попытка подвергнуть критическому анализу, систематизировать и обобщить выводы многочисленных исследований по каждому из затрагиваемых вопросов. При этом автор не уклоняется от освещения противоречивых и противоречащих его собственным взглядам суждений, а, наоборот, стремится заострить внимание на этих суждениях, поэтому читателю придется активно осмыслить приводимые материалы, почти по каждому разделу соучаствовать в размышлениях автора и сопоставлять его выводы с собственным пониманием вопроса, с собственными знаниями. Следует иметь в виду, что речь идет об очень сложных вопросах, которые не могут быть разрешены при современном состоянии научных знаний, поэтому существование единого мнения по каждому из них невозможно. Все это требует от читателя, с одной стороны, понимания того, что практически за каждым положением автора стоит совокупность серьезных научных проблем, с другой — «интеллектуальной терпимости», уважения чужого мнения, готовности ничего не отвергать сходу, без проверки и обдумывания.

Нацеливая на обсуждение спорных проблем, книга будит мысль читателя и способствует лучшему пониманию обсуждаемых вопросов. Почти по каждому разделу автор заставляет читателя обдумывать приводимый материал, участвовать в его размышлениях, сопоставлять его выводы с собственным опытом, знанием и пониманием данной проблемы. Этим достигается еще одна задача, состоящая в том, чтобы стимулировать развитие теоретической мысли.

Предлагаемая книга написана в необычном ключе, делающем затруднительным отнесение ее к числу руководств, моно-

графий или справочных изданий. По стремлению к всестороннему освещению проблемы, новизне и необычности ряда выдвигаемых положений, описанию результатов собственных исследований, оригинальных построений, умозаключений, выводов, теорий автора, постановке новых проблем и стилю изложения, это, конечно, монография. Вместе с тем входящие в большинство глав обзоры литературы и богатство приводимых в них знаний сближает ее с руководством. Энциклопедичность содержащихся в книге сведений, а также детальная разработка тематических и терминологических указателей позволяют пользоваться ею в качестве справочника по освещаемой проблеме.

В книге отсутствуют клинико-статистические выкладки, касающиеся анализа собственного клинического материала, нет здесь и пространных выписок из историй болезни наблюдавшихся больных. Автор сознательно ограничивается лишь изложением существа проблемы, обобщением не только своего, но и мирового опыта. Потребность в таком пособии сегодня велика, тем более, что в имеющихся учебниках и руководствах раздел психопатологии бреда излагается недостаточно полно и информативно. Монография М. И. Рыбальского может с успехом восполнить этот пробел и стать настольной книгой для всякого думающего и ищущего врача.

Можно признать обоснованным избранный автором порядок упоминания в именном указателе лишь фамилий ученых, цитируемых по оригиналу, а не в пересказе других авторов. Также не вызывает возражений включение в «Список основной использованной литературы» только оригинальных работ, содержащих сколько-нибудь значимые соображения их авторов.

Четкая установка на обязательное указание инициалов упоминаемых авторов и годы издания их работ справедливо нарушается лишь в том случае, если эти авторы цитируются не по оригиналу, а со ссылкой на чьи-либо публикации. В этом случае инициалы и годы публикации упоминаются лишь тогда, когда указание на них имеется в промежуточных работах, и против такого подхода трудно возражать.

Монография включает весьма полные критические обзоры психиатрической литературы по каждой затрагиваемой теме проблемы бреда. Без таких обзоров и без напоминания о высказывавшихся ранее разными учеными соображениях по каждой детали проблемы автору было бы невозможно сопоставлять с ними свои собственные мнения.

Приведенные анализ и оценка монографии дают основание полагать, что содержащиеся в ней материалы неизбежно будут упоминаться (с согласием или с возражениями) во всех будущих статьях и диссертациях, посвященных проблеме бреда и, кроме того, послужат основанием для постановки творческих задач и тематики будущих исследований.

Публикация вызовет несомненный интерес не только у пси-

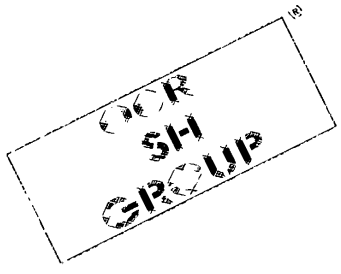
хиатров, но и у врачей других специальностей, а также у психологов, философов и представителей естественных наук, стремящихся к пониманию существа мыслительной деятельности человека.

Заслуженный деятель науки,
лауреат Государственной премии,
доктор медицинских наук
профессор

Г. Я. Аврущкий

Доктор медицинских наук
профессор

А. Л. Недува



Введение. Учение о бреде, навязчивых состояниях, сверхценных идеях

Среди всех симптомов и синдромов, наблюдаемых в клинике психических заболеваний, бред занимает особое место, ни с чем не сопоставимое положение. С уверенностью можно утверждать, что общая патология человека, в частности общая психопатология, не знает ни одного феномена, сущность и механизм возникновения которого были бы так непонятны, загадочны, мало изучены, как сущность и механизм возникновения бреда.

Анатомическое, а также гистологическое «устройство» внутренних органов и систем, включая эндокринную, иммунную, кроветворную, вегетативную нервную, генетическую, изучены уже достаточно хорошо. Во всяком случае настолько хорошо, что происходящие в них биологические, в широком смысле, процессы и, следовательно, их патологические нарушения более или менее доступны пониманию врача. В известной мере могут быть поняты врачом и патологические отклонения в биологических процессах, происходящих в моторной и сенсорной сферах периферической и центральной нервных систем. Степень указанного «понимания» постепенно снижается при попытке уяснить биологическую, или, вернее, биофизическую, сущность мыслительного процесса (функции) человеческого мозга. Так, науке неизвестны биофизические процессы, лежащие в основе функций запоминания, ретенции, репродукции человеческой памяти. Еще меньше фактических научных данных о сущности процесса познания, понятийного мышления, сознания. В соответствии с этим невозможно осмыслить этиопатогенетический механизм нарушений перечисленных функций. Такое сложное и загадочное явление, как бред (процесс его «предвосхищения», возникновения, формирования, развития, угасания), обычно понимается только в прямой зависимости от философских взглядов исследователя. Несомненно, разгадать тайну механизма бредообразования невозможно до тех пор, пока не будет выявлена сущность мышления. Когда человек «познает самого себя» и поймет, как он мыслит, представить трудно. Если вообще такое познание возможно, то в наши дни и обозримом будущем оно вряд ли может быть достигнуто.

Приведенные соображения не лишают, однако, смысла изу-

чение психопатологических феноменов, связанных с патологией мышления, в частности сверхценных идей, навязчивых состояний, бреда. Речь идет об углублении знаний в области общей психопатологии, определении законов, которым подчинены перечисленные нарушения мыслительного процесса. Нельзя исключить, что приблизиться к пониманию сущности человеческого мышления можно лишь опосредованно, через изучение его патологии.

Таким образом, в настоящее время бред справедливо считается первейшей естественно-научной и медицинской проблемой, или, как пишут Г. Губер и Г. Гросс (1977), психопатологические проблемы бреда находятся в первой и второй линиях медико-естественно-научных проблем. Пока же нельзя не согласиться с Л. Л. Рохлиным (1976) в том, что проблема бреда составляет наиболее спорный раздел общей психопатологии.

Проведенные в течение последних 100 лет исследования, посвященные изучению проблемы бреда в целом или ее конкретным разделам, практически необозримы. Невозможно перечислить всех ученых, существенно расширивших клинические знания о бредовом феномене.

Первым из отечественных ученых, глубоко интересовавшихся психопатологией бреда, был В. Х. Кандинский (1885, 1890), выделивший две формы бреда —«интеллектуальный» и «чувственный». В дальнейшем больше других уделяют внимание теории и клинике бреда С. С. Корсаков (1892, 1901), Н. М. Попов (1897), П. Б. Ганнушкин (1901, 1904), В. П. Сербский (1912), В. П. Осипов (1923, 1931), А. Н. Молохов (1934), В. И. Аккерман (1935, 1936), В. А. Гиляровский (1938, 1944), А. А. Меграбян (1938, 1939), А. С. Кронфельд (1940), Д. А. Аменицкий (1942), А. В. Снежневский (1943, 1970), Е. Н. Каменева (1948, 1957), О. В. Кербиков (1949), Л. Л. Рохлин (1975, 1976) и др.

В монографии, посвященной бреду, Г. Губер и Г. Гросс (1977) утверждают, что его изучение фактически началось с «Всеобщей психопатологии» К. Ясперса (1913), предшественниками которого, по их мнению, были Ф. Гаген (1870) и К. Нейссер (1890). Весомый вклад в исследование проблемы бреда внесли также К. Вернике (1906), А. Клод (1925), Г. Шмидт (1939), Г. Груле (1951), К. Шнейдер (1951), П. Матуссек (1952, 1963), А. Эй (1952, 1960), К. Конрад (1958, 1960), В. Янцарик (1959, 1960), Г. Губер (1963, 1975), Ч. Шарфеттер (1976) и др. Наряду с другими они изучали вопросы синдромологии бреда, механизмы бредообразования, влияние содержания бреда на поведение больных. Следует подчеркнуть, что большинство авторов интересовались главным образом возникновением, клиникой и течением шизофренического бреда.

При ознакомлении с современной литературой, посвященной изучению клиники бреда и пограничных с ним психопатологических образований, обращает на себя внимание почти полное

отсутствие новых идей, гипотез, теорий. Приводимый в соответствующих статьях, диссертациях, монографиях обзор данных литературы оказывается значительно более информативным, чем результаты собственных исследований авторов.

Можно без преувеличения утверждать, что в послевоенных (начиная с 1945—1950 гг.) публикациях отечественных, а также немецких, французских, английских, итальянских, американских психиатров повторяются тематика, сюжет, направленность оригинальных исследований, осуществленных в прошлом корифеями психиатрии, с выводами которых каждый последующий автор соглашается, не соглашается или соглашается частично. Указанный факт с известной долей вероятности можно объяснить тем, что все возможные альтернативные мнения по проблемным вопросам бреда (в плане «психопатологической психиатрии», а не «психиатрии течения») давно уже высказаны. В связи с этим, перефразируя известную сентенцию, уместно признать, что не всегда «карлики, стоящие на плечах у великанов, видят дальше великанов». Предлагаемая монография не составляет исключения. В ней тоже не решаются какие-либо глобальные или частные проблемы бреда. Основная задача монографии — систематизация и критическая оценка полученных до сих пор данных о бреде (больше в плане психопатологическом, синдромологическом наряду с нозологическим), уточнение ряда терминов и дефиниций, обсуждение дискуссионных вопросов с формулировкой мнения автора по каждому из них.

Из многочисленных спорных вопросов учения о бреде можно условно выделить основные: методология клинического изучения бреда и пограничных с ним психопатологических образований (навязчивые состояния, сверхценные идеи), их взаимосвязь; философские аспекты проблемы бреда; причина или комплекс причин бредообразования; бред как расстройство нормального мыслительного процесса; клинические проявления (в статике и динамике) бреда, навязчивых состояний, сверхценных идей, а также систематизация параметров их психопатологической оценки и клиническая классификация; архитектонические, физиологические и энергетические основы бреда.

Многолетние дискуссии по перечисленным проблемам (пока малорезультативные) ведут между собой психиатры, психологи, морфологи, физиологи, биофизики, философы. Характерной чертой этих дискуссий следует признать отсутствие при их проведении сколько-нибудь категоричных суждений и предположительный, концептуальный характер соответствующих высказываний. Последнее обусловлено тем, что науке, как уже было отмечено, неизвестны материальные основы нормальной психической деятельности, физико-химические и физиологические процессы, обеспечивающие эту деятельность, а также сущность их нарушений при психических заболеваниях, в частности бреде, навязчивых состояниях, сверхценных идеях.

Клиническое изучение такого сложного психопатологического синдрома, как бред, по мнению большинства исследователей, необходимо проводить комплексно, с привлечением разнообразных методик. Однако разные авторы отдают предпочтение какому-либо одному конкретному методу, нередко возводя это предпочтение в ранг клинического или философского принципа. Чаще всего в публикациях встречаются разграничение феноменологического и психопатологического методов исследования бреда или сопоставление этих методов. При этом феноменологическим называют метод изучения бреда в статике — «поперечном срезе», т. е. анализ признаков, присущих бредовому синдрому в данный момент, вне связи с другими симптомами, синдромами и конкретными нозологическими формами и независимо от клинической динамики — патогенеза и патопсихологического развития. Психопатологический метод — это изучение бреда не только в статике, но и в динамике, а также во взаимосвязи с другими проявлениями болезни и при различных нозологических формах. Так, с позиций строгой феноменологии к изучению бреда подходит Г. Груле (1922), интересующийся в первую очередь структурой бредового синдрома. С ним соглашается А. Д. Зурабашвили (1969), но с оговоркой, что феноменологические наблюдения должны сопровождаться глубоким клиническим анализом содержания психопатологических симптомов и синдромов.

К. Ясперс (1913) считает основным методом изучения бреда психопатологический. К этой позиции присоединяются большинство исследователей, оттенявших в одних случаях динамическую [Меграбян А. А., 1938; Снежневский А. В., 1970; Рохлин Л. Л., 1975; Блейхер В. М., 1983], а в других — нозологическую [Крепелин Э., 1910; Пантелеева Г. П., 1989] стороны психопатологической методики. Е. Н. Каменева (1957) то строго разграничивает феноменологический и психопатологический методы исследования, то ставит между ними знак равенства. Она сообщает, что на конгрессе психиатров, состоявшемся в Париже в 1950 г., подробно обсуждались проблемы бреда и были выделены следующие основные направления его изучения: экспериментально-клиническое, психопатологическое, «экзистенциальное» (разновидность феноменологического), психоаналитическое, философское («познание» нового патологического «бытия» больного, переживающего бред). К этому уместно добавить, со слов А. С. Кронфельда (1939), что французские психиатры при выборе метода изучения бреда разделяют тенденции «психологизации» и «механистического понимания».

Г. Губер и Г. Гросс (1977), ссылаясь на многих психиатров, очень пространно описывают различные методы изучения бреда. Среди таких методов они называют:

1) психоанализ, основу которого составляет анализ взаимозависимости, характера, структуры, содержания бреда и

механизмов «подсознания», а также отдельных элементов сексуальной жизни больного;

2) антропологический и феноменологически-антропологический (с оценкой меланхолического или параноического склада характера и редуцированием или абстрагированием «реальностей в картине бредовых психозов»);

3) образно-структурный, структурно-психологический, бытийно-аналитический, анализирующие построение бреда и психологическую оценку его компонентов;

4) конструктивный, базирующийся на физиогномическом принципе, имеющий весьма ограниченное применение.

Понятия «психопатологическая феноменология» и «феноменологическая психопатология» авторы считают синонимами, обозначая ими, со ссылкой на К. Шнейдера, описательно-структурно-аналитический метод изучения бреда, не отдающий предпочтения какому-либо одному методу исследования и оставляющий открытым вопрос о приоритете того или иного метода. Они подчеркивают, что «множественное», «многофакторное» структурно-аналитическое исследование бредового синдрома, применимое при всех эндогенных и органических психозах, позволяет получить наиболее полное представление о каждом единичном случае бреда.

В отечественных руководствах по психиатрии, изданных в последнее десятилетие, внимание фиксируется в основном на «психиатрии течения»; приводятся подробное описание развития каждого психического заболевания и в его рамках квалификация отдельных симптовов и синдромов, включая иллюзии, галлюцинации, навязчивости, бред. «Психопатологической психиатрии», т. е. самостоятельному описанию статики и динамики психопатологических феноменов, при этом уделяется относительно мало внимания. Методологическая правильность такой позиции вызывает сомнение. Оно связано с тем, что постановка любого, в том числе и психиатрического, диагноза, составляющего умозаключение врача, основывается на индуктивном и дедуктивном методах, относящихся к категориям формальной логики. Согласно индуктивному методу, аналитическое рассуждение идет от «частного к общему», т. е. сначала оцениваются отдельные проявления болезни (симптомы), а затем составляются суждения о симптомокомплексе и его типической или специфической нозологической принадлежности. Суммируя отдельные суждения, врач приходит к диагностическому умозаключению. В дальнейшем в соответствии с дедуктивным методом анализ проводится от «общего к частному», т. е. каждый симптом и симптомокомплекс оцениваются с позиции умозаключения об их нозологической принадлежности.

Следовательно, «психиатрия течения» основывается на «психопатологической психиатрии», поэтому клиническое изучение бреда, по нашему мнению, следует начинать с освещения дета-

лей встречающихся при нем психопатологических нарушений в статике и динамике, их нозологической принадлежности, и лишь потом переходить к изучению развития конкретных психических заболеваний.

Бредообразование — этиология, патогенез и клиническое проявление бреда — неодинаково при разных психозах. Однако существуют признаки бреда, свойственные любому его проявлению при всяком психозе. Поэтому еще раз подчеркнем, что, на наш взгляд, нельзя рассматривать только специфичные для конкретных психозов проявления бреда без анализа его общих признаков. Такой порядок клинического исследования обоснован еще и тем, что он может способствовать более продуктивному изучению патогенеза отдельных нарушений нормальной психической деятельности и развития нозологических форм.

Некоторые основополагающие проблемы теории бреда оказываются предметом периодически возобновляющихся дискуссий. К ним, в частности, относится выдвинутая В. Гризингером еще в 1867 г. концепция разделения бреда на первичный и вторичный. Особенно активное обсуждение указанной концепции ведется в течение последних 75 лет.

Большинство рассуждений, связанных с разделением бреда на «первичный» и «вторичный», по существу сводится к признанию или непризнанию наличия непосредственной причины возникновения бреда и разделению всех форм бреда на такие, при которых он возникает в виде эссенциального непосредственного нарушения мыслительного процесса, и такие, которые можно рассматривать как следствие предшествующих ему нарушений тех или иных функций психики.

Практические, диагностические проблемы учения о бреде включают также вопросы квалификации и классификации навязчивых состояний, сверхценных идей, их отграничения от бреда, возможность взаимной трансформации и, главное, весь комплекс дискуссионных вопросов, касающихся клиники бреда:

1) уточнение дефиниции понятия «бред» и различных терминов, используемых в учении о бреде;

2) определение критериев клинической оценки или параметров бреда;

3) многочисленные суждения о зависимости содержания бреда от внутренних и внешних факторов;

4) систематика признаков, позволяющих разграничить виды, формы, варианты, периоды, стадии бреда;

5) правомерность разграничения «чувственного» и «образного», «интерпретативного» и «интеллектуального», «структурного» и «систематизированного», «резидуального» и «инкапсулированного» бреда;

6) выделение паранойяльного, параноидного, парафренного и руинированного периодов, а также острого, подострого и хронического типов развития бреда;

7) определение принципов классификаций бреда;

8) выделение относительных и абсолютных, т. е. типических или специфических, свойств бреда и уточнение нозологической принадлежности тех или иных бредовых идей.

Промежуточное положение между теоретическими и практическими диагностическими проблемами бреда занимают анализ зависимости механизма бредообразования, построения и содержания бредовых идей от личности больного в преморбиде, его мыслительного потенциала, интеллектуального уровня, состояния эмоциональной сферы и экзогенных вредностей, а также статистический анализ показателей распространенности сверхценных идей, навязчивых состояний, бреда среди всех психических больных и населения в целом.

К теоретическим следует отнести философские вопросы, так или иначе связанные с «психической работой человеческого мозга». В их число прежде всего входят попытки определить уровень или уровни познавательного процесса (ощущения, восприятия, представления, понятия), затрагиваемые при возникновении и развитии бреда, т. е. участвующие в механизме бредообразования. Не менее важна оценка в статике и динамике нарождающейся, проходящей периоды становления, кристаллизации, систематизации бредовой концепции с позиций основных законов и категорий формальной и диалектической логики.

В течение XX века психиатры предпринимают попытки понять биологическую, физико-химическую, физиологическую сущность мыслительного процесса. Некоторые ученые считают такие попытки бесперспективными. Нет недостатка в гипотезах, авторы которых пытаются раскрыть материальные (анатомо-физиологические и энергетические) основы нормального и патологического мышления. Однако все эти гипотезы либо постепенно отвергаются, либо остаются и неподтвержденными, и неотвергнутыми. Несмотря на тысячи, а может быть, десятки тысяч лабораторных и клинических исследований, до сих пор неизвестно, в каких отделах мозга или мозговой коры осуществляется загадочное явление, называемое мыслительным процессом, происходит его нарушение в виде бреда. Не удается также подтвердить вполне правдоподобные предположения о том, что психическая деятельность человека, его нормальное или патологическое мышление не имеют строгой локализации в мозгу, поэтому весь мозг, все его образования и системы участвуют в мыслительном процессе. Наряду с частично изученными биоэлектрическими процессами, возникающими в результате мозговой деятельности, науке остаются неизвестными энергетические основы мыслительной деятельности. Проводимые в последние годы во всем мире исследования с целью изучения явлений человеческой психики, которые принято относить к так называемым парапсихологическим и экстрасен-

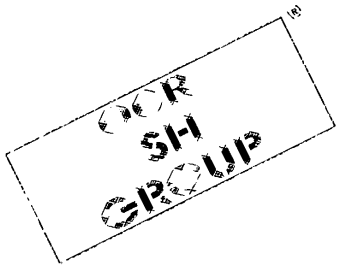
сорным, еще больше запутали перечисленные выше проблемы и укрепили мнение о невозможности для человека «познать самого себя».

Несостоятельность попыток разгадать сущность человеческой психики, отражающей процессы творческого познания окружающего объективного мира, в известной степени обусловлена сложностью, фрагментарностью и неизбежностью «условной формальности» возможного моделирования мозговой деятельности. При этом, с философской точки зрения, под моделированием, или моделью, понимается такая мысленно представляемая либо материально реализованная система, которая, воспроизводя объект исследования, способна замещать его так, что ее изучение позволяет получить новую информацию об этом объекте [Столович Л. Н., 1985].

Несмотря на все трудности проблемы, соответствующие исследования продолжаются, выдвигаются новые гипотезы, повторяются попытки их подтверждения. Надежды не оставляют ученых.

Подробному освещению перечисленных выше теоретических и практических проблем, вопросов, концепций посвящена предлагаемая монография. Содержащиеся в III—V главах клинические материалы основываются на многочисленных наблюдениях. Иллюстрировать текст наиболее демонстративными примерами таких наблюдений мы сочли излишним по двум соображениям: во-первых, анализ любых клинических наблюдений без их тщательной клинико-статистической обработки (что не входит в наши задачи) не дает оснований для сколько-нибудь убедительных выводов; во-вторых, иллюстрация клиническими наблюдениями даже самых основных положений привела бы к необоснованному, непомерному увеличению объема монографии. Поэтому при описании доминирующих и сверхценных идей, навязчивых и бредоподобных состояний, бредовых симптомокомплексов и бредовых психозов мы приводим общие сводные выводы, сделанные на основании психопатологического и клинического анализа каждой формы, каждого этапа, периода, варианта бредовых переживаний.

При этом, как правило, наши выводы сравниваются, сопоставляются с соответствующими данными литературы. Результаты такого сопоставления, выводы, которые можно сделать на их основании, в отдельных случаях оставляются на усмотрение читателя.



Глава 1

Бред, навязчивые состояния, сверхценные идеи и высшая психическая деятельность

Клиническая характеристика и оценка таких сложных психопатологических явлений, как сверхценные и навязчивые идеи, бред, основываются на определении степени выраженности количественных и качественных отклонений от параметров, характеризующих высшую психическую деятельность, свойственную психически здоровому человеку.

Составляющими сложного интегративного понятия «высшая психическая деятельность», помимо сознания, обычно признают мышление, интеллект и интеллектуальное творчество, критику, волю и способность к адекватным эмоциональным реакциям. Перечисленные функции лишь условно рассматривают изолированно, поскольку в философии и психологии отграничить их друг от друга крайне трудно. Однако в психиатрической клинике без оценки каждой из указанных функций невозможно составить характеристику высшей психической деятельности конкретного больного. Вместе с тем в необозримой литературе, посвященной описанию высшей психической деятельности человека, некоторые авторы освещают ее отдельные стороны, отдельные элементы.

Мы не преследуем цель проведения анализа, сопоставления и оценки многочисленных высказываний о содержании и функциях мозговых процессов, составляющих высшую психическую деятельность человека. В связи с этим, по нашему мнению, целесообразно привести лишь оригинальные, часто дополняющие друг друга соображения отдельных авторов о наиболее значимых элементах тех или иных сторон названной деятельности.

И. М. Сеченов (1947) указывает на то, что основные функции психики, выражающиеся в поведении, отражают происходящее вокруг и регулируют поступки и действия. Л. С Выготский (1960) подчеркивает значение (для высшей психической деятельности) слов, используемых для обозначения предметов, их свойств и определения связи с другими предметами или признаками. А. Р. Лурия (1969) пишет, что в высшей нервной деятельности можно выделить чисто активные, волевые процессы и чисто пассивные процессы, ощущения, восприятия. Он обращает внимание на то, что высшие психические функции человека, с точки зрения современной психологии,

представляют собой сложные саморегулирующиеся процессы, социальные по происхождению, опосредованные по строению и сознательные, произвольные по способу функционирования Сложнейшие системы рефлекторных связей, которые отражают объективный мир предметов, по его мнению, требуют совместной работы многих рецепторов и предполагают образование новых функциональных систем. Х. Дельгадо (1971) отмечает, что сущность человека заключена в его психических функциях, благодаря которым он мыслит и запоминает, любит и ненавидит.

Большинство авторов, рассматривая высшую психическую деятельность, учитывают, что в философии понятия «сознание» и «мышление» принято считать однозначными.

Понятие «сознание» и бред, навязчивые состояния, сверхценные идеи

Концепцию сознания впервые, по мнению Х. Дельгадо (1971), изложил Анаксагор (500—428 гг. до н. э.), использовав этот термин для обозначения «бесконечной», самоуправляющейся, ни с чем не смешанной субстанции, источника движения, необходимой части всего живого, имеющей сходные свойства у животных и человека. Сократ (469—399 гг. до н. э.) считал проблему сознания одним из «вечных вопросов» человечества. Аристотель (384—322 гг. до н. э), рассматривая сознание и душу как разные сущности, пишет: «Мы до сих пор не располагаем никакими данными о сознании, или способности мыслить; видимо, это совершенно иной вид души, способный отличать вечное от тленного; только сознание может существовать отдельно от всех других психических функций».

В философском плане многие авторы, повторяя известное положение З. Фрейда (1920) об «оно», «эго», «супер-эго», признают, что «высшая нервная деятельность человека имеет трехуровневую структуру», включающую сознание, подсознание и сверхсознание, или «вертикальную структуру», при которой эндопсихическая сфера человека содержит уровни «бессознательного», «подсознательного», «сознания и самосознания» [Налчаджян А. А., 1980]. При этом А. А. Налчаджян приводит следующие пояснения.

Бессознательное объединяет наследуемые генетические признаки и процесс их проявления в фенотипе (инстинкт, темперамент, «определенные задатки и возможности осуществления познавательных процессов»).

Подсознательное — это «неосознанные психические явления, формируемые в процессе онтогенеза на основе наследуемого бессознательного». К путям формирования подсознательного автор относит: подсознательное восприятие; вытеснение из сферы сознания в подсознательное некоторых элементов потока сознания, почему-либо неприемлемых для личности или угрожающих структуре самосознания; постепенный переход в процессе онтогенеза элементов бессознательной сферы в сферу подсознательного непосредственно или опосредовано через сознание Он цитирует Ф. В. Бассина, который считает, что воздействующий стимул, мотив, побуждающий к выполнению реакции, и реализация самой реакции могут осуществляться без осознавания, т. е. подсознательно.

Тенденция к отождествлению понятий «высшая нервная деятельность» («высшая психическая деятельность») и «сознание» (а следовательно, и мышление) обстоятельно показана П. В. Симоновым (1985), который отмечает, что сознание оперирует знанием, которое потенциально может стать достоянием других членов сообщества ..., внешние стимулы и события внутренней жизни субъекта осознаются, по его мнению, лишь с помощью

речи, сознание же обусловливает творческий акт, формулирует вопрос, подлежащий уместному разрешению.

Полнота и объективность оценки всех психопатологических феноменов, включая иллюзии, галлюцинации, навязчивые и сверхценные бредовые идеи, во многом зависят от характера и сущности психиатрического (медицинского), психологического и философского осмысления понятия «сознание».

Определение понятия «сознание». Дефиницию понятия «сознание» на протяжении сотен лет и особенно в течение XX в. пытались сформулировать многие ученые — философы, психологи, психиатры. При этом одни полностью или частично разделяли высказанные до них суждения, другие предлагали свои оригинальные дополнения или новые определения.

В приводимых ниже выборочно наиболее существенных дополнениях и определениях под «сознанием» понимаются следствие материальных процессов, происходящих в психической сфере [Циген Т., 1909]; неизвестные еще явления, составляющие деятельность мозга, в результате которой внешние впечатления превращаются, перерабатываются в психические процессы [Крепелин Э., 1910]; состояние, при котором, согласно известной перефразированной триаде К. Ясперса (1923), полностью сохранены нормальное, объективное восприятие окружающего мира, ориентировка в месте, времени и собственной личности, связность, последовательность мышления, способность к суждениям, нормальная речь и память на прошедшие события..., «функция», отличающаяся единством и объединяющая «Я» человека, взятое в данный момент, с содержанием, заполнявшим мысли в разное время [Оспов В. П., 1923]; «свойство материи», проявляющееся на известной высоте ее организации и во вполне развитой форме, присущее только человеческой психике...; особая форма активной реакции на раздражение извне, сопровождающейся стремлением изменить окружающую среду..., включающей в свою структуру сознание собственного «Я», отличающейся активной деятельностью и единством, непрерывностью, объективно оценивающей происходящее вокруг, обеспечивающей ориентировку в месте и времени, отражающей «развитие личности», подверженной «постоянным изменениям», имеющей своим содержанием определенное количество представлений [Гиляровский В. А., 1935, 1938]; «познавательный синтез, включающий самосознание (сознание «Я») и сознание окружающего мира», способность отдавать отчет «о себе, об окружающем и о своем месте в этом окружающем», «определенный целостный процесс познания, отражающий объективную действительность..», «сложный процесс выработки понятий разной степени абстрактности» [Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1937]; «удивительное явление», непознанное, неизвестное нам, непонятно, каким образом возникающее в результате раздражения нервной ткани, нормальное в том случае, если восприятия окружающего, оценка своих потребностей и собственные умозаключения субъекта соответствуют объективным наблюдениям и он отдает себе полный отчет в собственных мыслях и намерениях» [Пенфильд В., Джаспер Г., 1958]; осознание индивидом объективной действительности [Рубинштейн С. Л., 1959]; правильное отражение в головном мозгу субъекта внешней и внутренней среды в норме и беспорядочное, бессвязное, отрывочное, дробное «отражение» действительности, отсутствие отчетливого восприятия окружающего с дезориентировкой во времени, месте, лицах, ситуации в случае возникновения патологии [Герцберг М. О., 1961].

Многие определения понятия «сознание», формировавшиеся с клинических позиций, в большей или меньшей степени совпадают со следующей дефиницией, приведенной в Энциклопедиче-

ском словаре медицинских терминов (1984): «Сознание — высшая, свойственная лишь человеку форма отражения действительности, представляющая собой совокупность психических процессов, позволяющих ему ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности, обеспечивающих преемственность опыта, единство и многообразие поведения».

В то же время определения интересующего нас понятия, отражающие в основном философские взгляды авторов, нередко различаются только расстановкой акцентов.

А. К. Плавинский (1964) считает, что ограничение понятия «сознание» оценкой способности субъекта ориентироваться в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности с философской точки зрения не правильно, поскольку указанное понятие включает также способность к объективному «отображению» объективного окружения. Г. Настев и Р. Койнов (1966) пишут, что «сознание» есть функция человеческого мозга, с помощью которой субъективно отражается объективная действительность и целенаправленно регулируются взаимоотношения индивида (личности) с окружающим миром. По их мнению, сознание связано с сущностью человека как биологического и социального явления и включает в себя все формы его психической деятельности — ощущение, восприятие, т. е. это понятие характеризует человека как homo phaber, sapiyens, logwens — человек творящий, мыслящий, говорящий.

Ф. В. Бассин (1968) отмечает, что сознание есть осознание объективностей реальности, выражающее определенное отношение к ней и выполняющее функцию регулятора деятельности, поступков человека. А. Г. Спиркин (1972) подчеркивает, что «структура сознания» включает созерцание, т. е. ощущение восприятия, «максимально ясное сознание» и психическую деятельность, включая оперирование памятью.

Дефиниции, предлагаемые рядом психиатров, в известной степени согласуются с мнением Е. С. Авербуха (1966), который дифференцирует психологическое, философское и психиатрическое понимание термина «сознание». Он отмечает: в психологии под сознанием понимают особое качество проявления психической деятельности человека, отличающее ее как от психики животных, так и от неосознанных форм психики человека; в философии «психика», «сознание», «мышление» трактуются как идентичные понятия; в клинической психиатрии изучаются особенности проявления сознания в течение психического заболевания и варианты расстройства сознания, рассматриваемые как нарушение психической деятельности.

А. В. Снежневский (1983) останавливается на понятии «помраченное сознание», которое, по его мнению, характеризуется нарушением отражения реального мира не только в его внутренних связях — абстрактное познание, но и во внешних — чувственное познание. В. Иванов (1985) подчеркивает, что сознание включает восприятие, чувства, внимание, воображение, волю, мышление, интегрируя их, но не заменяя. Г. В. Морозов и А. М. Иваницкий (1988), частично повторяя А. Н Леонтьева (1975), полагают, что в отличие от «психической деятельности животных» в сознании человека внешний мир предстается как нечто отдельное от его «Я», что существенно расширяет возможности «взаимоотношения» человека с другими людьми и природой. Отождествляя, так же как Х. Дельгадо, термины «сознание» и «психика», авторы подчеркивают, что уникальная биологическая структура

мозга и весьма совершенная организация нервных процессов обусловливают наиболее сложное проявление мозговой деятельности в виде человеческой психики, обладающей способностью «отражать внешний мир в его отдельности от субъекта». При этом «содержание психического отражения», по их мнению, является следствием передачи и обработки информации, составляющих «психический процесс», следовательно, психика правильно отражает объективную реальность благодаря совершенной организации мозговых систем, в необходимый момент сопоставляющих «наличную» информацию с памятью.

Мы не считаем возможным как-либо группировать приведенные и другие суждения о сущности функции мозга, называемой сознанием, или подвергать сравнительному анализу различные дефиниции понятия «сознание». Такие «группировку» и «анализ» предложил упоминавшийся уже американский философ и физиолог Х. Дельгадо (1971), и его соображения заслуживают более подробного освещения.

Прежде всего Х. Дельгадо напоминает, что сознание в прошлом отождествлялось с «памятью», «мышлением», «целью или намерением», «сосредоточием мыслей, воли и чувств», со «страстью или желанием», «с бестелесным носителем психических свойств», «душой в отличие от воли и эмоций». Далее он приводит высказывания разных авторов, утверждающих, что сознание — суть организованная группа процессов в нервной ткани, возникающих немедленно в ответ на предшествующие интра- или экстрапсихические события, воспринимаемые, классифицируемые, трансформируемые и координируемые, приводящие к действию, обусловленному «наличной» информацией; целостная система психических процессов, осознанных, неосознанных и эндопсихических, зависящих от соответствующих структур мозга; общая сумма тех процессов организма, при помощи которых он реагирует как единая динамическая система на внешние воздействия, обычно в определенном соответствии со своим прошлым и будущим, или «организованное целое осознанного опыта»; психические явления, представляющие собой результат «жизненного опыта» и относящиеся только к «бодрствующему разуму» во всех его основных проявлениях — восприятии, чувстве, мышлении, памяти и желании; способность оценивать внутреннее и внешнее раздражение и в состоянии бодрствования осуществлять действия или задержанные действия, называемые мыслью; система процессов, связанных с данным конкретным явлением «цепью памяти», соединяющей его с прошлым и будущим, динамическое состояние, являющееся синонимом бодрствования (определяемого как упорядочение множества ощущений и восприятий — зрительных, тактильных, слуховых, обонятельных, вкусовых), включающее также запоминание образов, абстрагирование мысли, эмоции и др.

По мнению Х. Дельгадо, приведенные определения не отвечают на вопросы о том, что такое сознание, когда и как оно формируется, а перечисляют его функции, характеризуют эти функции не как инертные объекты, а как активные процессы, включают в основные функции сознания оценку, хранение и последующую мобилизацию внутренних и внешних воздействий при помощи мышления, запоминания, чувств, желаний и др.

К вопросам, которые необходимо уточнить, для того чтобы сформулировать конкретное определение понятия «сознание», автор относит следующие.

1. Существует ли хоть одна функция сознания, не связанная с внутренними или внешними раздражениями?

2. Может ли сознание проявляться в чем-то ином, кроме поведения?

3 Может ли сознание существовать без функционирующего мозга?

Далее он пишет: «...если на все три вопроса дается отрицательный ответ, то мы вправе заключить, что сознание обязательно связано с раздражением, поведением и мозгом — без раздражения (или без мозга) сознание существовать не может, а без поведения его нельзя распознать. Поскольку

сознание с момента рождения и на протяжении всей жизни человека всецело зависит от притока сенсорной информации, его можно определить как переработку в мозгу поступающей информации».

По Х. Дельгадо, термин «сознание» — это краткое обозначение плохо очерченной группы психических процессов, причем сознание не автономно; для того чтобы оно могло нормально функционировать, мозг должен принимать сигналы, непрерывно поступающие из внешней среды, и постоянно обмениваться с ней информацией — сознание не статическая, а динамическая система функций, «сознание» и «психика» должны рассматриваться как синонимы.

Таким образом, многообразные определения понятия «сознание», предлагаемые разными авторами, включая Х. Дельгадо, оттеняют те или иные моменты, с которыми связано это понятие. Однако тот же Х. Дельгадо выражает неудовлетворение всеми определениями. Он пишет. «Несмотря на философские исследования в течение сотен лет и несмотря на стремительный прогресс науки, в наше время концепция сознания остается расплывчатой, противоречивой и не втискивается в какие-либо определения».

Соглашаясь в основном с Х. Дельгадо, подчеркиваем, что с психиатрической точки зрения говорить о нормальном, ясном сознании можно лишь в том случае, если нет каких-либо нарушений со стороны психики и сохраняются способности правильно, адекватно воспринимать и отражать окружающий объективный мир, ориентироваться в характеризующих его категориях, осмысливать и фиксировать в памяти новую информацию, объективно анализировать собственные ощущения и восприятия, последовательно, логично мыслить, творчески, целесообразно вмешиваться в происходящее вокруг. Часть приведенной дефиниции о «правильном, адекватном восприятии и отражении окружающего объективного мира, а также об ориентировке в характеризующих его категориях» включает привычную формулу о полной сохранности ориентировки в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности. Здесь уместно привести оговорку Л. Джексона (1940): сознание человека столь различно в разные моменты, что вообще трудно говорить об определенном сознании.

Самосознание не все авторы идентифицируют с понятием «ориентировка в собственной личности». Вместе с тем, по мнению К. Ясперса (1916, 1923), «Я-сознание» обладает четырьмя формальными признаками: оно противостоит «внешнему и другому»; сопровождается чувством активности; идентично самому себе; лишено сложности, поскольку «Я» едино в данный момент. В пределах этих четырех признаков возможен бесконечный ряд стадий развития «Я-сознания»: от самого упрощенного бытия до неисчерпаемого богатства переживаний. В отсутствие сознания собственной деятельности, активности речь идет о явлениях деперсонализации, «потере чувства Я». Следовательно, по К. Ясперсу, самосознание — это оценка «Я» (понимание себя) в отличие от оценки «Он». Эту мысль повторяет В. М. Боровский (1936).

Ряд философов рассматривают понятие «самосознание» не столь конкретно, не отождествляя его с понятием «аутоориенти-

ровка». Так, А. А. Налчаджян (1980) оценивает самосознание как высшее проявление сознания, неотделимое от него, как определенный уровень осознания содержания собственной психики.

Оценка состояния сознания при бредовых и близких к ним переживаниях. В каждом конкретном случае оценка сознания нередко представляет большую сложность. Если в случаях измененного, помраченного сознания эта сложность преодолима, то квалификация ясного сознания очень часто спорна. Например, можно ли говорить о ясном сознании в тех случаях, когда больной по существу отвечает на вопросы, проявляет сохранность всех видов ориентировки, формально правильно ведет себя, но находится в состоянии аффекта, испытывает иллюзорные или галлюцинаторные переживания, навязчивые состояния, «продуцирует» сверхценные или бредовые идеи.

Такие сомнения неоднократно высказывали многие психиатры. Однако одни из них категорически отвергают возможность сочетания понятий «ясное сознание» и, например, «бред», другие допускают возможность такого сочетания, третьи вводят дополнительную оценку состояния сознания при наличии бреда, четвертые говорят о «бредовом сознании», наконец, пятые различают степени изменения, или помрачения, сознания при различных формах бреда.

Э. Крепелин (1910) отмечает, что отсутствие способности корригировать бредовые идеи указывает на изменение сознания. Доказывая этот тезис, он подчеркивает, что, например, бредовый сюжет сновидения поддерживается в связи с невозможностью сопоставления видимого во сне, фактов и их оценки. Пробуждение же устраняет бредовую оценку. При делириозных состояниях, в частности, основой для возникновения бредовых идей является нарушение сознания, а не галлюцинации. К. Ясперс (1923), наоборот, полагает, что об истинных галлюцинациях и бредовых идеях можно говорить только в том случае, если они возникают при ясном сознании. По существу об этом же пишет П. М. Балинский (1859), отмечая, что наиболее стойкий, систематизированный, «кристаллизовавшийся» бред наблюдается при сохранности сознания и ассоциативных процессов.

М. О. Герцберг (1961), учитывая некритичность больных к бредовым переживаниям, делает вывод о том, что такое «неосознание» собственного заболевания несовместимо с понятием «ясное сознание», так как у здорового человека сознание ясное субъективно и объективно В связи с этим он возражает против употребления термина «ясное сознание» в случае наличия у больного бредовых переживаний и считает, что при бреде правильнее говорить о «парциальном нарушении сознания». По его мнению, такое нарушение сознания лучше всего проявляется при толковании бредовых идей, которые правильнее рассматривать как синдром нарушенного сознания и мышления, хотя здесь речь идет не о стойком нарушении мыслительных операций вообще, а о «расстройстве сознательности лишь некоторых мыслительных операций». Е. Блейлер (1920) и К Ясперс (1916, 1923) говорят о понятии «бредовое сознание» В. Иванов (1985) считает, что формирование бреда возможно на разных уровнях нарушения сознания. При этом во время бредовых переживаний, по его мнению, «сознательное» и «подсознательное» существуют одновременно в качестве обычных элементов психической деятельности. С. П. Рончевский (1941) вводит понятие «структурное

изменение сознания», отражающее не снижение степени ясности, а изменение соотношения категории сознания и «психизма», нарушение слитности потока психических переживаний.

С. С. Корсаков (1913) высказывает интересную мысль о том, что бред «часто уходит в бессознательную сферу» и нужно побуждение для того, чтобы он «всплыл в сознании». М. П. Кутанин (1929) сообщает, что Платон и цитирующий его Ломброзо обозначают термином «бред» своеобразное состояние транса, в которое «впадали» прорицательницы, т. е. особое состояние измененного сознания. Особое значение в оформлении «процесса сознания» А. Г. Спиркин (1972) придает состоянию «внимания». Он считает, что «...процесс сознания предполагает деятельность внимания, играющего очень важную роль в познании и всей психической жизни человека», и подчеркивает, что внимание «...выступает как момент, когда сознание овладевает своим содержанием, постигает объект, осуществляет встречу и знакомство с ним (не являющееся еще познанием этого объекта), это сознание, направленное на объект, и поэтому оно представляет собой единство объекта и субъекта..., оно связано с активным воздействием субъекта на объект и тем самым тесно связано с волей, практическим действием».

Более не касаясь давно ведущейся и многократно возобновлявшейся дискуссии о философском и медицинском аспектах понятия «сознание», мы вправе утверждать, что особое место занимает любой бред, возникающий на фоне помраченного, грубо измененного сознания. Основу для бреда составляет в этом случае нарушение всех элементов познавательной деятельности и мыслительного процесса, включая внимание, ощущения, восприятия, представления и понятия, абстрактное и конкретное мышление, способность к умозаключению. Бред оказывается прямым следствием помрачения сознания. Примером может служить фебрильный бред, возникающий при высокой температуре и сопутствующем помрачении сознания, вызванном повышением температуры и интоксикацией. Такой бред исчезает при нормализации температуры и дезинтоксикации, наступающих в процессе выздоровления (здесь же можно говорить о бреде онирическом, делириозном и др.). В связи с этим мы позволим себе условно и только применительно к нашим задачам рассмотреть два варианта расстройства сознания: изменение (в смысле скорее философском, нежели психиатрическом) и нарушение (помрачение) в клиническом понимании. При такой позиции отсутствие «ясного сознания», т. е. понятие «неясное сознание», нельзя рассматривать в качестве синонима понятия «помраченное сознание»; «неясное сознание»— это сознание измененное, но не помраченное. В соответствии с этим, как будет показано ниже, все существующие формы и варианты бреда можно объединить в две большие сводные группы, включающие феномены, возникающие на базе «измененного сознания» и развивающиеся на основе «помраченного сознания».

Такая обусловленность различных форм бреда той или иной степенью и качеством расстройства сознания, в частности, подтверждается наличием зависимости развития и колебаний сюжета бреда от развития и характера нарушения сознания. В связи с этим некоторые авторы выделяют в бредовом синдро-

ме формы бреда, возникающие при нарушенном (помраченном) сознании и при состоянии сознания, которое можно квалифицировать как измененное (не «ясное», но и не «помраченное»). Это не противоречит мнению В. А. Гиляровского (1938) о наличии сходства между построением некоторых форм бреда и сновидениями, а также высказываниям французских психиатров о существовании «сноподобного бреда» как особого бредового синдрома.

Наблюдения за больными со сноподобным бредом и анализ состояния сознания при галлюцинаторном, аффективном, интеллектуальном бреде подтверждают высказанную выше мысль о том, что одно из принципиальных различий между отдельными формами бреда состоит в неодинаковых степени выраженности и характере (качестве) изменения, нарушения, помрачения сознания. Разные степени выраженности расстройства сознания (обычно «изменение», а не «помрачение») можно наблюдать при некоторых навязчивых состояниях и значительно реже — при сверхценных идеях.

Понятие «интеллект» и некоторые вопросы учения о бреде, навязчивых состояниях, сверхценных идеях

Понятие «интеллект» («ум», «разумение», «внутренний разговор», «понимание», «рассуждения с самим собой») в полном его смысле нельзя рассматривать отдельно от понятий «сознание» и «мышление». Конкретное и абстрактное, ассоциативное и апперцептивное мышление, анализ и синтез, любой мыслительный процесс невозможны при грубом помрачении сознания и слабоумии, исключающих оперативное использование полученной ранее и текущей информации, сохраняющейся в памяти, а также в случае отсутствия способности к целенаправленному вниманию, счетным функциям и т. п. Следовательно, сознание, мышление, интеллект при их полной сохранности «триедины», изучать их необходимо в совокупности и взаимодействии. Этот вывод частично совпадает с тезисом о том, что в философии понятия «сознание» и «мышление» тождественны, поскольку в философии рассматривается психическая деятельность (сознание, мышление, интеллект) нормального, психически здорового человека. Психиатрия и патологическая психология изучают отклонения, нарушения человеческой психики, ее патологию. При этом легко установить, что у больных с расстроенной психикой, например, могут быть сохранены внимание, память, формальные способности и вместе с тем в той или иной степени нарушено мышление. У других больных при относительно сохранном сознании резко ослаблены память и счетные функции. Кроме того, известны случаи, когда продуктивный, творческий, приводящий к открытиям мыслительный процесс на определенном отрезке времени оказывается неосознаваемым

(«подсознательным»). Нельзя также признать неизмененным, «ясным» сознание спящего человека и тем более сознание при его сновидном или сноподобном расстройстве, однако такие состояния не исключают развития мыслительного процесса, иногда продуктивного, творческого. В связи с этим, соглашаясь с тезисом о единстве понятий «сознание», «мышление», «интеллект» в норме, мы признаем вполне обоснованным условно раздельный психопатологический анализ каждого из перечисленных элементов высшей психической деятельности в случаях их патологического нарушения.

Определение понятия «интеллект». Дефиниции понятия «интеллект», которые дают философы, психологи, психиатры, менее разноречивы, чем определения понятия «сознание», и скорее дополняют друг друга, нежели противоречат одно другому. Например, Ж. Пиаже (1966) определяет интеллект как особую форму отношения между средой и организмом. Он выделяет четыре типа интеллекта:

1) формы низшего типа, образуемые инстинктом и непосредственно вытекающие из анатомо-физиологической структуры организма;

2) целостные формы, образуемые навыком и восприятиями;

3) целостные необратимые формы оперирования, образуемые интуитивным мышлением;

4) мобильные, обратимые формы, способные объединяться в различные сложные комплексы, образуемые «операциональным интеллектом».

А. А. Братко и А. Н. Кочергин (1977) называют два подхода к определению понятия «интеллект»: «широкий» (в психологии), содержащий все познавательные процессы от ощущений и восприятий до мышления и воображения, и «узкий», включающий только процессы активного творческого мышления и речи.

В психологическом понимании термином «интеллект» обозначают: умственную способность, обеспечивающую мышление; класс познавательных, прежде всего мыслительных, процессов; умение мыслить.

Совокупность интеллектуальных процессов в узком понимании термина обычно называют разумом, в широком — умом, особенность и направленность интеллектуальных процессов — качествами ума.

Отдельные авторы в своих определениях акцентируют внимание на тех или иных элементах понятия «интеллект». Согласно некоторым высказываниям, «интеллект» — это совокупность, целостность познавательных процессов, обеспечивающая сложную приспособительную деятельность [Бурлачук Л. Ф., 1983]; ум — это социально-психологическое понятие, предполагающее наличие интеллекта и умение им пользоваться в различных ситуациях, глупость — это не биологическое, а социально-психологическое понятие, характеризующее различные формы взаимодействия с другими людьми, обществом...; в отличие от гибкости мышления существует «гибкость интеллекта» как способность вовремя отказаться от скомпрометированной гипотезы...;

поскольку разуму, по-видимому, свойственно рисовать вокруг себя воображаемые ограничительные линии и затем «о них спотыкаться», способность перешагнуть через такие невидимые, но прочные шлагбаумы и есть гибкость интеллекта [Лук А. Н., 1976].

А. Н. Нечаев (1929) выделяет следующие ступени умственного развития: в пределах речи, обозначающей наименование окружающих предметов; усвоение грамоты; способность к систематическому усвоению конкретных и отвлеченных знаний, к усвоению методов научного мышления и усвоению методов научного мышления, но с более сложным использованием этих методов.

Не вызывает сомнений тот факт, что невозможно дать однозначное определение понятия «интеллект». В соответствии с этим мы соглашаемся с психиатрами, выделяющими две составные части понятия «интеллект»: «предпосылки к интеллекту» и «собственно интеллект». Вслед за К. Ясперсом (1923) предпосылками к интеллекту мы называем внимание, память, формальные способности, смысловую речь. К «собственно интеллекту», дефиницию которого трудно разграничить с понятием «мышление», следует отнести ум, разум, способность к анализу и синтезу, интеллектуальному творчеству.

Некоторые соотношения между взаимно пересекающимися и зависящими друг от друга понятиями «предпосылки к интеллекту» и «собственно интеллект» можно выразить следующей формулой: если крайне низкое развитие или грубое снижение предпосылок к интеллекту всегда сопровождается несостоятельностью или низким уровнем собственно интеллекта, слабыми аналитико-синтетическими и творческими способностями, то расстройство указанных способностей, даже очень выраженное, не всегда исключает достаточную сохранность предпосылок к интеллектуальной памяти, формальных способностей и др. Следовательно, понятие «собственно интеллект» частично сливается с понятием «мышление», в то время как «предпосылки к интеллекту» оцениваются самостоятельно.

Прежде чем перейти к анализу взаимозависимости интеллекта и бреда, отметим, что во всех случаях клинической оценки сверхценных, навязчивых, бредовых идей необходимо учитывать, что от степени сохранности интеллекта, так же как от контактности, доступности, критичности больного, зависят точность, определенность его рассказа об испытываемых переживаниях и соответствие этого рассказа действительным переживаниям.

Зависимость возникновения и клиники бреда, а также «смежных» с ним феноменов от состояния интеллекта. Существует двоякий подход к оценке зависимости возникновения бреда от состояния интеллекта. Согласно первому из них, интеллекту отводится главная роль в формировании характера бреда.

Э. Крепелин (1920) считает, что для образования бреда необходимо сохранение больным хотя бы некоторых интеллектуальных способностей; Е. Блейлер (1920) подчеркивает, что при шизофрении наблюдается не ко-

личественное изменение интеллекта, его ослабление, а качественное нарушение — изменение, перестройка структуры личности, причем качество бредовых идей зависит от степени ума; В. П. Осипов (1923) пишет, что бред не может возникнуть у идиотов и тупоумных, по мере нарастания слабоумия бред тускнеет и распадается. По наблюдению В. А. Глазова (1965), чем более сохранен интеллект, тем содержательнее и систематичнее бред.

Согласно второму подходу, для возникновения и развития бреда, например при прогрессивном параличе и старческом психозе, «интеллектуальная слабость» (дементность) имеет меньшее значение, чем нарушение чувствования и сознания.

Весьма категорично по этому поводу высказывается М. И. Вайсфельд (1939), настаивающий на отсутствии параллелизма между степенью развития интеллекта больного и содержанием, богатством его бредовой системы. Детализируя это положение, он подчеркивает следующие моменты: высокому интеллекту больного может сопутствовать «скудная» система бреда и наоборот; на развитии первичного бреда уровень интеллекта больного не отражается; для первичного бреда такого типа, как «островчатый», не имеет значения нарушение критики, которая здесь ни при чем, поскольку ни при чем интеллект, не включающийся в логические доказательства бреда, так как некритичность может способствовать возникновению аномальных идей, но не развитию первичного бреда.

По-видимому, степень взаимозависимости сверхценных идей, навязчивых состояний, бреда и состояния интеллекта неодинакова и обусловлена прогредиентностью, темпом развития заболевания, его стадией и нозологической принадлежностью. По нашим наблюдениям, можно лишь отметить, что существует обратно пропорциональная связь между степенью развития бредовой системы и прогредиентностью «ослабоумливающего» процесса: чем более многообразна и склонна к постоянному усложнению бредовая система, тем ниже степень прогредиентности (нарастания) интеллектуального дефекта. Во всяком случае при систематизации параметров клинической оценки сверхценных идей, навязчивости, бреда и их классификации следует анализировать в совокупности состояние сознания, предпосылок к интеллекту, собственно интеллект и состояние мышления больных. Исходными «питающими» мышление категориями принято считать элементы находящихся в единстве чувственного познания и рационального познания; поэтому, прежде чем перейти к рассмотрению понятия «мышление» (в норме и патологии), остановимся несколько более подробно на сущности процесса познания в его философском и психологическом понимании.

Понятие «процесс познания» и сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред

Процесс познания слагается из ощущений, восприятий, представлений, понятий.

Ощущения — это начальный элемент процесса познания окружающего мира. Функции ощущений ограничиваются толь-

ко получением информации об отдельных свойствах предмета. Указанная информация обеспечивается органами чувств, возникает при непосредственном воздействии на них предметов объективного мира и обычно закрепляется памятью.

А. Г. Спиркин (1972) пишет, что ощущение есть превращение энергии внешнего раздражения в факт сознания. Это элементарное, далее психологически неразложимое, не имеющее структуры познавательное явление. Ощущения так же многообразны, как мир, отражаемый ими. Ощущения могут быть зрительными, звуковыми, слуховыми, обонятельными, вкусовыми, кинестетическими, интероцептивными, положения тела в пространстве, во времени и др.

Восприятие — целостное отражение предмета, ситуации, события, образующееся при непосредственном воздействии физических раздражителей на органы чувств. По К. Ясперсу (1923), восприятия жизненны, объемлют и отражают внешнее пространство, обладают чувственной свежестью, постоянны и не зависят от воли. Восприятие — это сложное суждение о предмете, не только суммирующее отдельные ощущения или использующее сведения, сохраняющиеся в памяти, но также образующееся в результате аналитико-синтетической деятельности человеческого мозга.

М. О. Гуревич (1946) подчеркивает, что восприятие слагается из центростремительного фактора — отражения, фотографирования предмета и центробежного, заключающегося в активном осмыслении воспринимаемого объекта или явления. Такого же мнения придерживается А. Р. Лурия (1963), считающий восприятие процессом, который начинается с оценки суммы признаков данного объекта и заканчивается гипотезой о его значении. При этом, как отмечают многие авторы, «сумма признаков» в процессе восприятия подвергается сенсорному, перцептивному и логическому осмыслению. В частности, П. Матуссек (1952) подчеркивает преобладание в сознании человека сущности воспринимаемого над его структурой. Приведенным высказываниям не противоречит мнение А. Г. Спиркина (1972), который восприятием называет целостный чувственно-конкретный образ, отражающий непосредственно воздействующие на органы чувств единичные предметы, их свойства и отношения,— осмысленный «образ», суммирующий ощущения. Он уточняет: «...ощущение может существовать и до, и вне восприятия, тогда как восприятие не может ни возникнуть, ни существовать вне ощущения..., восприятие — это уже структурированный образ, состоящий из комплекса ощущений...». «Зрительный комплекс вещи», например, состоит из ряда ощущений (цвет, объем, масса, запах и т. п.), т. е. в живом конкретном восприятии происходит осознание предмета в его нерасчлененной целостности. Соглашаясь с С. Л. Рубинштейном и соавт. (1963), автор называет восприятием непосредственное чувственное отражение объекта с созданием в дальнейшем наглядных гипотез путем сопоставления с прошлым опытом и поиском смыслового содержания воспринимаемого. В связи с этим интересны высказывания японского психолога У. Ю-нинума (1967), который отмечает, что, согласно концепции Сартра, бредовое восприятие имеет сложную (двойную) структуру, складывающуюся из представления и восприятия, что приводит к расщеплению переживаний и утрате смысловых связей между предметами восприятия. В результате этого больной не признает свое представление следствием произвольной психической деятельности, а переживает его как существующее реально, т. е. этот феномен приобретает характер представления с бредовой значимостью и безусловной убежденностью больного в объективности его (бредовой) концепции.

Представление есть опосредованное осмысление сознанием всей полученной ранее информации [Герцберг М. О., 1961] с ее частичным абстрагированием и обобщением сохранившихся в сознании (памяти) образов восприятий. В отличие от восприятия, связанного исключительно с настоящим временем, представление относится к прошлому и настоящему. Представления и восприятия существуют в сознании во взаимосвязи и взаимозависимости, причем представления, основываясь на ощущениях и восприятиях, отражающих объективный мир, весьма субъективны, поскольку у разных людей могут быть неодинаковые представления об одном и том же предмете.

А. Г. Спиркин (1972), суммируя высказывания физиологов, психологов и философов, пишет, что представление — это образы тех предметов, которые когда-то воздействовали на органы чувств человека, а потом восстановились по сохранившимся в мозгу следам в отсутствие этих предметов, а также образы, созданные усилиями воображения. Иначе говоря, представление — это такое психическое явление, в котором осознавание отрывается от своего непосредственного источника и начинает существовать как относительно самостоятельное субъективное переживание, в нем уже теряется непосредственная чувственная «данность» объекта сознания. Воображение при этом, по А. Г. Спиркину,— суть психический процесс, ведущий к созданию мысленных ситуаций, непосредственно не воспринимавшихся в целом в действительности. Воображение ориентировано на создание образов желаемого, возможного будущего, а также образов того, что отсутствует в наличном опыте, но может быть воссоздано по имеющимся элементам. Автор приводит высказывание И. М. Сеченова о том, что представление «.. есть умственная форма, несравненно более богатая содержанием, чем предшествующая ей ступень — синтетическая форма, в которой совмещается все, что человек знает о предмете..., представление стоит как бы на перепутье между чувственным и рациональным познанием..., это нечто конкретное, наглядное, сохраняющее в себе еще «трепещущую» жизнь объекта в его реальных связях, но уже дальше отстоящее от действительности, чем непосредственное ее отражение в виде ощущений и восприятий».

Понятие, по мнению М. О. Герцберга (1961),— это опосредованное определение предмета (явления), основанное на раскрытии его внутренних связей. К этому можно добавить высказывание Т. Цигена (1909) о том, что понятие не только характеризует единство представления о предмете, но также составляет двигательно-речевое и звуковое выражение (представление) слова, причем по мере уменьшения качественной определенности понятия увеличивается степень его обобщенности. Понятие вслед за представлением возникает (творчески создается) в результате процесса мышления и составляет основание для целенаправленного действия. Следовательно, понятие и представление характеризуют качественно новый, значительно более высокий, чем ощущения и восприятия, уровень (ступень) процесса познания.

В связи с этим вполне справедливы замечания А. А. Мерабяна (1969) о том, что на младенца оказывают стихийное воздействие неосмысляемые внешние и внутренние ощущения, раздражения, поскольку его сознание не отягощено каким-либо

опытом и «механизм осмысления» еще не способен к анализу и синтезу. У взрослого внешние и внутренние воздействия воспринимаются как предметные, содержательные, объективные, причем на мыслительно-логическом уровне личность освобождается от предметной зависимости, связанной с конкретными ощущениями и восприятиями, т. е. это уровень перехода к представлениям и понятийному мышлению при сохранении преемственности между сенсорно-перцептивным и мыслительно-логическим уровнями.

Выше было показано, что начальной фазой, базовым элементом последовательного познавательного процесса служат ступени чувственного познания (ощущения, восприятия), которые обобщаются и сопоставляются с накопившейся информацией, сохранившейся в памяти. Новые ощущения и восприятия могут совпадать и не совпадать с этой информацией, что устанавливается путем выбора, являющегося звеном мыслительного процесса. С указанным звеном сочетаются, переплетаются ассоциации, которые бывают независимыми, свободными или «направленными», отвечающими конкретной цели, задаче (апперцептивными).

Чувственное познание в совокупности с абстрактным мышлением составляют единый процесс познания. Рассматривая единый «процесс познания», источниками которого являются ощущения, восприятия, представления, а заключительным этапом — опыт, практика, М. О. Герцберг (1961), А. Р. Лурия (1963), А. Г. Спиркин (1972), А. Н. Лук (1976), А. А. Братко и А. Н. Кочергин (1977), Л. Ф. Бурлачук (1983), Б. С. Мейлах (1983) и др. подчеркивают следующие моменты, особенно значимые для изучаемой нами проблемы: миросозерцание, или восприятие «картины мира», всегда субъективно. Оно может быть адекватным, объективно отражающим действительность, истинным и неадекватным, не вполне соответствующим или не соответствующим действительности — ложным. Отражение мира приводит к субъективным выводам, лежащим в основе убеждения. Категория «убеждение» нередко идентична категории «вера». Понимание картины мира и отдельных ее элементов может быть обусловлено научной позицией, принимаемой на веру. То, что в окружающем нас воздухе содержится азот, кислород, углекислота, принимается на веру, т. е. без проверки, и составляет убеждение каждого грамотного человека. Таким образом, убеждение может основываться на объективных данных науки, «быть всеобщим», и тогда сама категория «убеждение» как бы объективизируется и составляет одно из следствий познания окружающего мира. Однако убеждение бывает субъективным, только одного лица, и тогда оно либо опирается на научные данные (пока другим неизвестные), либо оказывается следствием ошибки, заблуждения, которые в отдельных случаях могут приобретать характер сверхценной идеи или ложного построения в виде бредовой идеи.

По наблюдению клиницистов, «правильность» ощущений, восприятий, представлений, а также идей, суждений и выводов при психических заболеваниях нередко грубо нарушается. Однако это утверждение неоднозначно и состоит из двух по существу совершенно разных положений:

1) нарушения ощущений, восприятий, представлений, возникшие вследствие расстройств жизнедеятельности организма (патологии рецепторов, проводящих путей, мозговых центров,

острых и хронических соматических заболеваний), нередко приводят к отклонениям в нормальной психической деятельности, в частности к возникновению сверхценных идей, навязчивых состояний, бреда;

2) психические заболевания разной этиологии и патогенеза, в том числе включающие в свою структуру сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред, могут привести к изменениям и нарушениям ощущений, восприятий, представлений.

В первом случае речь идет об участии патологических нарушений ощущений, восприятий, представлений в процессе бредообразования, возникновения навязчивых состояний и сверхценных идей. Второе положение указывает на изменения ощущений, восприятий, представлений под влиянием уже возникших бреда, навязчивых состояний, сверхценных идей, т. е. об образовании, например, так называемых бредовых ощущений, бредовых восприятий, бредовых представлений.

Оба эти положения важны при изучении клиники сверхценных идей, навязчивых состояний, бреда, так как между названными психотическими синдромами и элементами процесса познания существует безусловная взаимозависимость, о чем пишут многие авторы.

Т. Циген (1909) указывает на утрату при навязчивых состояниях и бреде «преобладающего влияния» ощущений на представления человека; Н. Ф. Дементьева и М. З. Дукаревич (1976) находят нарушение качества восприятий при остром интерпретативном бреде в виде: неправильной идентификации лиц и предметов; расплывчатости, замедленности и фрагментарности восприятий; большого количества перцептивных добавлений с видением несуществующих деталей воспринимаемого; фиксации на малозначащем (позы, жесты, мимика); ощущения нереальности воспринимаемого с его бредовой окрашенностью; расстройства чувственного познания, лежащего в основе формирования чувственного бреда.

О безусловной зависимости возникновения бреда у детей и подростков от патологии ощущений и восприятий сообщает Е. Е. Сканави (1962). Вместе с тем, по мнению К. Конрада (1958), в большинстве случаев разграничение патологии ощущений и восприятий невозможно.

Еще в 1897 г. Н. М. Попов пришел к выводу о том, что характерной чертой бредовых помешательств является первичное изменение сферы представления. При этом, по его мнению, «...представление может возникнуть в области сознания или вне его. В одном случае — ...это сознательный психологический акт, в другом — бессознательный органический процесс». Несколько позднее И. Г. Оршанский (1910) отмечает, что «...всякое нарушение нормального течения представлений ведет к образованию ложных суждений». В частности, соглашаясь с К. Вернике, он подчеркивает, что бредовые идеи возникают вследствие одностороннего развития представлений, вызванного аффектом и нарушением самосознания личности.

С. Г. Жислин (1940), ссылаясь на Э. Кречмера, подчеркивает, что в возникновении острых психотических вспышек на фоне паранойяльного развития основную роль играет острое снижение процессов восприятия, представлений и течения ассоциаций. Это перекликается с мнением Т. Цигена (1909), отметившего, что у больных происходит обратный процесс воздействия представлений на ощущения и восприятия, которые истолковываются и перерабатываются в соответствии с бредовыми идеями с последующим или одновременным возникновением иллюзий и галлюцинаций. Сходство бредовых и сверхценных идей он видит в том, что оба феномена

представляют собой ассоциацию суждения, не имеющую достаточного основания во внешнем мире, причем ассоциации идей, в частности ассоциации суждения, по его мнению, развиваются всегда под постоянным влиянием вновь появляющихся ощущений. Последними обусловливаются и определяются первые. В результате этого создается возможность постоянно исправлять ассоциации суждения, подавляя неправильные ассоциации в момент их возникновения. Из этого следует вывод: в нормальных условиях процесс ассоциаций контролируется ощущениями, идущими от внешнего мира, а у больных влияние этих ощущений отсутствует или теряет силу. Например, при навязчивых идеях правильные ассоциации преобладают над неправильными: при бреде в основном существуют неправильные ассоциации, а очень незначительные правильные оттесняются на задний план.

По мнению И. Г. Оршанского (1910), все, что нарушает правильность ассоциативной деятельности, ведет к нарушению правильности логических построений и идей, поэтому в большинстве случаев бредовые идеи являются следствием нарушения ассоциации представлений в широком смысле, редко — первичными (примордиальный бред Гризингера). «Углубление внутрь» полученных ощущений, восприятий и представлений составляет, по мнению А. П. Нечаева (1929), интенсивный процесс созерцательного воображения, в отличие от которого «экстенсивный процесс» выражается в «выходе за рамки» этих ощущений, восприятий, представлений с вовлечением основанного на них процесса ассоциаций.

Суммируя мнения психиатров разных стран, высказанные на протяжении почти столетия, можно отметить, что все они с большей или меньшей последовательностью отмечают существование в психиатрической клинике, в частности при сверхценных, навязчивых, бредовых идеях, феноменов, при оценке которых можно говорить о преимущественной «заинтересованности» того или иного элемента чувственного (ощущения, восприятия, представления) или абстрактного (понятия, мышление, суждение, критика, умозаключение) познания.

Понятие «мышление» и сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред

Раздельная оценка мышления и сознания, как мы уже отмечали, вполне правомерно принята в психиатрии, анализирующей патологию психической деятельности, и не принята в философии, изучающей сознание и мышление в норме. Добавим, что философия не разделяет эти понятия, так как считает их тождественными, отражающими стороны одного и того же неразрывного нормального динамического психического процесса, поэтому с философской точки зрения всякое нарушение мышления является также нарушением сознания. В то же время всякое нарушение сознания (его изменение или помрачение) всегда сопровождается нарушением мышления. Косвенным подтверждением этого можно считать тот факт, что при некоторых вариантах нарушения сознания возникает непроизвольное (не управляемое волей) мышление. Из этого следует, что в психиатрической клинике, анализируя состояние мышления больного, мы всегда должны учитывать состояние его сознания и, наоборот, оценивая сознание,— учитывать состояние мышления.

При этом трудно возражать против тезиса о том, что сознание является связующим звеном в непрерывном потоке ассоциаций, а при нарушении управления сознанием поток ассоциаций становится хаотичным [Иванов В., 1985].

Определение понятия «мышление». Многие философы, физиологи, психологи, психиатры и кибернетики неоднократно пытались и пытаются сформулировать понятие «мышление». Все формулировки отличаются друг от друга реже по смыслу и чаще по форме, стилистике или расстановке акцентов. В различных руководствах, монографиях, статьях можно встретить дословное или перефразированное повторение определений, сформулированных кем-либо ранее. Знакомство с литературой позволяет сделать вывод, согласно которому смысловое повторение в многочисленных определениях понятия «мышление» обусловлено тем, что в указанных определениях давно использованы все явные или предполагаемые качества этого непознанного явления. В связи с этим, по нашему мнению, целесообразно кратко остановиться на определениях, представляющихся нам более или менее оригинальными и с относительной степенью достоверности отражающими сущность изучаемого явления.

В числе тех или иных элементов, отличительных свойств мыслительной деятельности человека признается, что «мышление» суть: обобщенное активное отражение действительности человеческим мозгом, имеющее теоретико-познавательный гносеологический аспект [Лук А. К., 1976]; форма деятельности человека, поскольку никакая форма деятельности невозможна без участия мышления, сознательного или подсознательного [Налчаджян А. А., 1980]; свойство материи мозга, заключающееся в активном процессе отражения мозгом человека объективной действительности в понятиях, суждениях, умозаключениях; акт размышления — ряд связанных между собой представлений, понятий, сосуществующих в данное время в сознании и не выражающихся никакими вытекающими из этих психических актов внешними действиями [Герцберг М. О., 1961]; процесс познавательной деятельности индивида, характеризующийся обобщенным и опосредованным отражением действительности [Карпенко Л. А., 1985], идеальное проявление высшей нервной деятельности мозга, имеющее рефлекторную природу; раздражения, идущие в кору от речевых органов, отвлечение от действительности, допускающее обобщение [Павлов И. П., 1945], опосредованное и обобщенное познание объективной реальности [Рубинштейн С. Л., 1940]; одна из форм человеческой деятельности — мысль или речь, обращенная к самому себе [Выготский Л. С., 1956]; высшая функция мозга, заключающаяся не только в умении познать окружающие ее явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели; активный целеустремленный процесс, направленный на разрешение определенной задачи, мозговая деятельность управления поиском решения задач, не элементарный информационный процесс, не манипуляция символами, а выявление в управлении поисками решения специфических для человека задач, обобщенное и опосредованное отношение к действительности, тесно связанное с чувственным познанием мира и практической деятельностью людей, опирающееся на систему понятий, направленных на решение задач, подчиненных цели и учитывающих условия, в которых задача решается [Зейгарник Б. В., 1986]; «свод» законов ассоциаций, по которым сложные идеи или образы создаются из элементарных, актуализация и ассоциация представлений, репродукция идей, суждения и умозаключения, являющиеся производным от других психических функций

[Крепелин Э., 1910]; проявление интрапсихической активности, оперирующее восприятиями и представлениями, вскрывающее путем анализа и синтеза новые связи и отношения между явлениями окружающего мира, основывающееся на интеллекте, не связанное с аффективно-волевой стороной личности, охватывающее все «представления» в их движении [Гиляровский В. А., 1933, 1946, 1954]; «высшая форма активного отражения объективной реальности, состоящая в целенаправленном опосредованном и обобщенном познании человеком существенных связей и отношений вещей» [БМЭ, 1981]; процесс опосредованного отражения действительности, оперирующий знаниями, полученными из комплекса ранее уже полученных знаний (называемых выводными, поскольку сам процесс такого получения новых знаний называется выведением) [Кириллов В. И., Старченко А. А., 1982]; «процесс информации по некоторой программе, предполагающей отбор по крайней мере на порядок выше случайного» [Эшби У. Р., цит. по Луку А. Н., 1976].

Формулируя определение понятия «мышления», нельзя не учитывать соображения Л. Ф. Бурлачука (1983) о том, что в литературе специфика мышления традиционно определяется по меньшей мере тремя структурными характеристиками, которые не обнаруживаются на сенсорно-перцептивном уровне познавательных процессов:

1) мышление — это отображение существенных связей и отношений между объектами действительности;

2) специфичность отображения мышления — в его обобщенности;

3) мыслительное отображение характеризуется опосредованностью, что позволяет выйти за рамки непосредственно данного.

К этому следует добавить мнение ряда авторов, согласно которому мышление включено во все психические процессы, но особое значение имеет связь мышления и речи, поскольку мышление является неотъемлемой частью высшей психической деятельности, а «речь — форма существования мысли».

С последним утверждением, если оно выражается в категорической форме, трудно полностью согласиться, так как признание факта чрезвычайно высокой, не поддающейся измерению скорости течения мыслительных процессов позволяет допустить, что мысль не всегда «успевает» обрести форму, выражающуюся в символах (словах). При таком допущении можно предположить, что элементы и звенья мыслительного процесса могут иметь свойства не только слова, но также представления, понятия, образного умозаключения. В сознании, мышлении человека символы в виде слов постоянно чередуются с представлениями и образами, взаимно заменяя друг друга. Приведенное суждение оказывается особенно обоснованным в тех случаях, когда одновременно происходят мыслительный процесс и словесное выражение его результатов. Тогда формулирование мысли словами и артикуляционное оформление слов не успевают за течением мысли. В связи с этим вызывает сомнение достоверность стандартного тезиса, согласно которому «речь — единственная форма существования мысли». Правильнее, по-

видимому, считать, что речь — это форма изложения мысли в ее концентрированном выражении, настолько, насколько успевает мысль преобразовываться в слова, а речевой аппарат их высказывать. Иначе говоря, речь — всегда выражение мысли, но мысль не всегда полностью отражается в речи.

Суммируя не противоречащие одно другому, а дополняющие друг друга мнения разных авторов, мы, не стремясь «к новизне» и «оригинальности», берем на себя смелость предложить следующее комплексное определение понятия «мышление». Мышление — это непознанная и, возможно, непознаваемая, неразрывно связанная с сознанием и интеллектом высшая функция человеческого мозга, состоящая в идеаторной деятельности; сложный, интегративный, очень динамичный процесс, включающий одновременно и последовательно-поступательно, во взаимосвязи и взаимозависимости элементы чувственного познания, активного отражения объективной действительности (ощущения, восприятия), их обобщение и опосредование, а также критическую оценку представлений и понятий. Таким образом, мышление (мыслительный процесс) — это интрапсихическая деятельность, оперирующая всем объемом информации (полученной ранее — «заложенной» в память и поступающей из окружающей действительности на основании личного опыта); конкретный — наглядно образный и отвлеченный — абстрактный, аналитико-синтетический, творческий акт, осуществляемый с помощью ассоциативных и апперцептивных механизмов, приводящий к построению суждений и умозаключений в виде теоретической концепции — теоремы или аксиомы.

Элементы, форма, структура мышления. Разнообразные структура и элементы мышления включают неоднозначные параметры их психологической оценки. В структуре мышления цитировавшиеся ранее авторы обычно выделяют мыслительные операции: анализ и синтез, конкретизацию и отвлечение или обобщение, способы действия и правила, необходимые для осуществления конкретной деятельности.

В психологической и психиатрической литературе в зависимости от теоретических установок, взглядов, концепций авторов по-разному расставляются акценты при описании тех или иных форм мыслительного процесса и способов мышления. Все эти формы и способы составляют единый, неразрывный процесс и разделяются лишь по методологическим соображениям, а также потому, что патологические нарушения, возникающие при них, по глубине и значимости неодинаковы.

Наглядное (наглядно-образное и наглядно-действенное) вербально-логическое мышление всегда конкретно. Способность охватить все явления и образы одновременно И. П. Павлов (1949) относил к художественному уровню («первая сигнальная система») в отличие от мыслительного уровня («вторая сигнальная система»), характеризующегося способностью анали-

зировать отдельные стороны явления, а затем обобщать, что тождественно понятиям «аналитическое», «синтетическое», понятийное или творческое мышление. О существовании образного мышления, по О. К. Тихомирову (1976), свидетельствует возникновение сновидений.

Отвлеченное, абстрактное (от лат. «абстрактис»— отвлечение), понятийное (оперирующее понятиями и сенсорно-эмпирическими категориями) мышление составляет сущность логического, творческого, мыслительного процесса.

Способность к абстракции позволяет человеку отвлекаться от отдельных свойств предметов и явлений, фиксировать внимание на других их свойствах, отражая действительность в обобщенных образах. В отличие от чувственного познания, оперирующего ассоциациями, но включающего также элементы обобщений, абстрактное мышление отражает объективный мир, оперируя абстракциями — отвлечениями, оценивающими обобщения и отдельные предметы.

Дополняя изложенное выше, большинство авторов, в частности В. И. Кириллов и А. А. Старченко (1982), отмечают, что благодаря обобщению абстрактное мышление глубже проникает в особенности явлений и предметов, раскрывает свойственные им закономерности ..., оно неразрывно связано с языком, т. е. может существовать только на базе языкового материала, выражая полученные знания в формулах и символах. Более 80 лет назад И. Лапшин (1906) в качестве поступательно образующихся составных элементов человеческого мышления называл: конкретность образов, сменяющих друг друга; активность внимания, способствующую образованию понятия; выражение данного понятия в словесном символе; переход образа в понятия, а понятий в символы; абстрактность мышления — возможность вычленения из ряда факторов одного, необходимого для данного этапа мыслительного построения или создания отвлеченного от реальности образа — способность, отвлекаясь от конкретного, от индивидуальных особенностей вещей, объектов, явлений, выделять закономерные связи между ними, обобщать их наиболее важные особенности, типы, свойства.

«Оперативные» типы и способы мышления. В литературе используются такие понятия, как аналитическое и синтетическое, ассоциативное и апперцептивное, индуктивное и дедуктивное, реальное и аутистическое мышление, инсайт и алгоритм. В различных публикациях, посвященных психологическим, психиатрическим, философским проблемам, в частности в руководствах, проводятся «переходящие» из одного в другое и нередко дословно повторяемые краткие дефиниции перечисленных терминов.

Мы частично использовали наиболее удачные, по нашему менению, дефиниции типов и способов мышления из предложенных Е. Блейлером (1911), Б. М. Тепловым (1961, 1965), С. Л. Рубинштейном (1946), В. П. Про-

тополовым и Е. А. Рушкевичем (1956), А. Гжегорчиком (1972), А. Г. Спиркиным (1972), А. А. Братко и А. Н. Кочергиным (1977), А. Г. Кирилловым и А. А. Старченко (1982), В. А. Жмуровым (1986), несколько уточнив их в соответствии с задачами монографии:

аналитическое — это умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке;

синтетическое — это творческая способность на основании всех существующих сведений, данных, материалов (независимо от способа их получения) приходить к суждениям, делать умозаключения, создавать новые концепции, теории, аксиомы;

ассоциативное — не имеющее руководящей цели, основывающееся на законах ассоциаций (внешних и внутренних), возникающих по созвучию — звуковой близости слов, рифме, ритму; по смысловой близости; по смежности, последовательности (молния, гром, дождь); по одновременности (огонь, дым) — по такой связи между представлениями и понятиями, при которой актуализация одного из них влечет появление другого. Познание сущности окружающих вещей и явлений не может ограничиваться ассоциациями, основанными на ощущениях, восприятиях, представлениях, а состоит в их обобщении, обеспечивающем абстрактное мышление. Можно согласиться с М. О. Гуревичем и М. Я. Серейским (1937), которые подчеркивают, что «хотя ассоциации являются непременным условием мышления, тем не менее будет неправильным сводить мышление к ассоциативной деятельности, отождествлять оба понятия». От инстинктов, по их мнению, мышление отличается тем, что это реакции не врожденные (как инстинкт) и не заученные (как ассоциации), а представляющие собой всякий раз новую комбинацию ассоциаций, направленную на активное решение новой задачи. Мышление характеризуется тем, что оно есть мышление в понятиях, сочетающееся с конкретно-образным — в представлениях,

апперцептивное — подчиненное определенному целевому направлению, представлению, идее, установке, как правило, произвольным, «сознательным», иногда зависящим от аффекта, поэтому стойко удерживающимся в сознании. Иногда под апперцепцией понимают такое восприятие действительности, которое обязательно зависит от прошлых знаний, опыта и направления общего содержания, индивидуальных особенностей психической деятельности человека;

индуктивное — развитие мысли от частного к общему;

дедуктивное — способ мышления от общего к частному;

реальное или реально-логическое — отражающее действительность, включающее «мыслительную репродукцию объективных связей» [Блейлер Е., 1911], использующее конкретные и абстрактные понятия, всегда направленное на объективный и субъективный мир;

аутистическое — не считающееся с логикой, кататимное, аффективно окрашенное, не связанное в данный момент с действительностью (противоречащее ей), управляемое лишь внутренними нераскрываемыми побуждениями, всегда имеющее субъективную направленность, как правило, иррациональное, содержащее суждения, противоречащие друг другу и объективному миру, игнорирующее пространственные и временные отношения, всегда тенденциозное, использующее символы;

эгоцентрическое — близкое к аутистическому, лишенное способности систематизировать объективные знания и «децентрировать» их, а главное, использовать чужие суждения и умозаключения, выражающееся в категорической безапелляционной форме без проявления каких-либо тенденций к критическому осмыслению собственных утверждений.

Подчеркнем, что большинство обозначенных тем или иным термином способов мышления и его отдельных признаков можно найти, анализируя свойства и особенности мышления, мыслительного процесса любого человека (не выявляющего какие-либо признаки расстройства психики, выявляющего в большей или меньшей степени такие признаки, а также психически больного, в том числе высказывающего сверхценные, навязчивые, бредовые

идей). Вместе с тем теоретически трудно представить мышление человека, оперирующее только каким-либо одним из перечисленных свойств, поэтому «тип» мышления определяется преобладанием тех или иных свойств, признаков.

Отдельные авторы называют еще два типа мышления, которые, по нашему мнению, несколько вычленяются из приведенного выше ряда:

наглядно-действенное, сенсомоторное, оперирующее только предметами, находящимися в данный момент в поле зрения, вызывающими элементарно-примитивную реакцию, преобразующееся в процессе взросления и развития человека в практическое, не способное оперировать понятиями и символами;

образное, оперирующее только сочетанием наглядных свойств и признаков предметов, всегда конкретное, не способное к абстрагированию и не подчиняющееся законам логики.

Особо следует выделить форму возникновения идей, обозначенную термином «инсайт», и систему мыслительных операций, получившую название «алгоритм»:

insight (англ., озарение) — внезапно возникшая идея, не имеющая последовательного ассоциативного или непрерывного, связного апперцептивного развития, но обычно представляющая собой решение поставленной в прошлом задачи или внезапное осознание подсознательно решенной проблемы;

алгоритм (лат.— algorithmus, algorithmi) — предписание, устанавливающее на основе системы правил последовательность операций, не допускающее двоякое толкование этого предписания, а также сопутствующих условий, позволяющих (при точном выполнении условий) решать задачи определенного класса.

Все объединенные понятием «мышление» источники, элементы, звенья, механизмы и результаты познавательного процесса (включая аналитико-синтетические функции) могут нарушаться при расстройстве психической деятельности. Сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред представляют собой прежде всего патологию, патологическое отклонение от нормального мышления. Анализ элементов патологии мышления очень важен для раскрытия сущности, понимания патогенеза, квалификации психопатологических симптомов и синдромов. При этом весьма значимы анализ и оценка состояния эмоциональной сферы, поскольку аффективные нарушения играют существенную роль в механизме бредообразования. Так, В. А. Дереча (1975) предполагает наличие в центральной нервной системе определенного патологического алгоритма. С этим согласны Д. Н. Узнадзе (1966), Ф. В. Бассин (1982), П. В. Симонов (1985) и др., считающие, что образование такого алгоритма связано прежде всего с нарушением эмоциональных механизмов «как самого древнего и наиболее интегрированного вида психического отражения», участвующего в создании той или иной психологической установки.

Патология мышления и сверхценные идеи, навязчивости, бред. В психиатрической литературе текущего столетия неоднократно предпринимались попытки систематизировать варианты нарушения мышления.

Для примера приведем две такие систематики, предложенные в 1906 г. и через 80 лет — в 1986 г.

И. Лапшин (1906) указывает на следующие симптомы нарушения нормального течения мысли при различных формах душевного расстройства:

несовершенство ассоциаций, образов и идей; ослабление коэффициента (познавательного и эмоционального) мысленных образов; чрезмерно быстрая смена идей в поле сознания; расстройство ассоциаций, образов и идей (спутанность мыслей).

В. М. Блейхер (1983, 1986) называет следующие формы нарушения мыслительного процесса: мышление ускоренное, замедленное, инертное, аутистическое, резонерское, символическое, паралогическое, фабулирующее, а также задержка, разорванность, бессвязность мышления и слабоумие, навязчивые мысли, сверхценные идеи, бред.

Достаточно типичную для психологов систематику форм расстройств мышления приводит Б. В. Зейгарник (1986). Так, она выделяет три вида патологии мышления: а) нарушение операционной стороны мышления, которая обеспечивает процессы накопления и синтезирования знаний, образование системы понятий, обобщение и отвлечение; б) нарушение существующих внутренних закономерностей и динамики мышления (в частности, его лабильность, инертность, непоследовательность суждений), структуры мыслительных операций; в) нарушение личностного мотивационного компонента мышления, включая его разноплановость, резонерство, нарушение критики, г) нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности, т. е. невозможность целенаправленной организации своего мышления (расстройства осознания и подконтрольности своих мыслительных действий, не затрагивающие логичность мыслительных операций).

Предложенную систематику форм расстройств мышления нельзя признать исчерпывающей. Однако мы не считаем нужным вносить собственные дополнения, так как приведены в основном обобщенные формы расстройств мышления и принципиальная их квалификация. Вообще систематика расстройств мышления крайне затруднительна, поскольку многие из них проявляются в разных вариантах, с неодинаковой интенсивностью и при различных, не имеющих клинического сходства заболеваниях.

Учитывая все изложенное выше, мы попытались объединить все формы расстройств мышления в четыре группы, основываясь на нозологическом и патогенетическом принципах.

Первую группу составляют неврозы, неврастения, психопатия, психастения; психогении, соматогении; алкоголизм и наркомания (вне интоксикации); травмы — общие и черепно-мозговые (без грубого снижения интеллекта); циклотимии, маниакально-депрессивный и пресенильный психозы. При перечисленных заболеваниях наблюдаются ускорение и замедление мыслительного процесса (тахи- и брадифрения); изменения объективной оценки (анализа) ощущений и восприятий действительности; затруднения апперцепций; невротические обсессии, фобии, навязчивые движения, сверхценные идеи.

Во вторую группу входят слабоумие врожденное — олигофрения, приобретенное — экзогенно-органического и церебросклеротического генеза; некоторые формы эпилепсии; сенильный психоз; встречаются неустойчивость внимания, затруднения в использовании полученной ранее информации — ослабление функций запоминания, ретенции, репродукции, снижение комбинаторных способностей; замедленное течение ассоциаций — бра-

дифрения, симптом «топтания на месте» и вязкость, граничащая с патологической обстоятельностью, застреванием на малозначащих деталях, резкое ослабление аналитико-синтетических функций, инертность и торпидность мышления; затруднение в разграничении главного и второстепенного; фабулирующее мышление; навязчивые мысли; некоторые формы бредового творчества и снижения уровня обобщений.

Третья группа включает состояние нарушения сознания большей или меньшей степени выраженности (не изменения, а нарушения), его помрачение — сумеречное, онирическое, делириозное, онейроидное. При перечисленных расстройствах отмечаются бессвязность мышления («словесная окрошка»); «скачка» идей; конфабуляции; бредовое мышление помраченного сознания — онирический и делириозный бред; психогенный бред — реактивный параноид.

В четвертую группу объединены состояния, возникающие при измененном (непомраченном) сознании, иногда при высокоразвитом интеллекте, бредовых психозах непомраченного сознания и в клинике шизофрении.

К шизофреническим нарушениям мышления относятся: задержка течения мыслительного процесса —«закупорка» мысли («шперрунг»); разорванное, аутистичное, аморфное, расплывчатое, резонерское (бесплодное мудрствование), символическое, разноплановое, паралогическое (нарушение логического строя), фабулирующее, персеверирующее мышление, а также «параллельные», «пересекающиеся», «безостановочные» мысли (образный и идеаторный ментизм); другие симптомы сенсорного, идеаторно-моторного и идеаторного (псевдогаллюцинации, звучащие мысли, эхо мысли) автоматизмов; навязчивая «идеаторная продукция»; речедвигательные психические псевдогаллюцинации; редукции энергетического потенциала и снижение мыслительной активности (ослабление «тонуса сознания»); разобщение течения мыслительного процесса, суждений, умозаключений с практикой; бредовое мышление ненарушенного сознания.

Некоторые термины и понятия, определяющие те или иные формы и варианты нарушения мыслительного процесса, не имеют четкой дефиниции или используются в психиатрической литературе для обозначения разных психопатологических феноменов, поэтому нуждаются в более подробном освещении.

Нарушения способности обобщения психологи признают очень значимой формой расстройства мыслительного процесса. В этой связи Б. В. Зейгарник (1958) пишет, что, решая умственную задачу, человек обобщает происходящее вокруг него, т. е. выявляет наиболее общие и существенные признаки. При органических заболеваниях мозга такое снижение уровня обобщения заключается в доминировании непосредственных представлений о предметах и явлениях. Больные в подобных случаях не способны оперировать общими признаками, заменяя их установлением частных, сугубо конкретных связей и отношений, у них отсутствуют словесно-логические ассоциации, они не способны выйти за пределы привычных, встречавшихся в их

жизни отношений (причем длительная деятельность больных несовершенно отражает окружающие их связи и явления, поскольку полноценный процесс «отражения» объективных свойств и закономерностей везде и всегда предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей)

Тонусом сознания И. Берце (1910, 1914) называет активность «Я» и противопоставляет ему понятие «гипотония сознания». Об этом же пишет Г. Груле (1922), который находит при шизофрении нарушение мышления в виде «снижения активности личности», выражающееся в невозможности синтезировать отдельные, сами по себе правильные суждения.

Нарушение логического строя мышления состоит в том, что расстраивается последовательная цепь рассуждений и суждений, представляющих высшую форму познания действительности и позволяющих переходить от одних данных к другим, познавать более отдаленные, сложные и скрытые от непосредственного восприятия факты через посредство простых и более доступных фактов [Зейгарник Б. В., 1958].

Автоматизм (греч. autos — самодействующий) — действие, происходящее без непосредственного участия сознания или, вернее, без видимого осознавания, как бы без участия воли больного, непроизвольно, иногда с чувством насильственности и ксенопатической проекцией.

Паралогическое мышление по сравнению с другими формами патологии мышления характеризуется более выраженным нарушением логичности мыслительных построений: несоответствием (неадекватностью) или неполным соответствием вывода, суждения, умозаключения предшествующей посылке, размышлением по принципу «кривой логики», с элементами непонятных, нелогичных, непредвиденных переключений «мысли», полной или частичной оторванностью суждений и умозаключений от вызвавших их представлений и понятий, а также влиянием на суждения и умозаключения случайных ассоциаций и необоснованных обобщений, витиеватостью мышления с неожиданными и нелогичными, необоснованными ассоциациями, словообразованием, неологизмами или искажениями слов.

В. М. Блейхер (1984), повторяя Е. Домаруса (1923) и Н. И. Кондакова (1975), рассматривает паралогическое мышление в трех вариантах: ошибочная посылка, «кривологичное» доказательство и подмена близким по смыслу доводом. Эти варианты основываются на том, что сущность паралогического мышления составляет закон партиципации, заключающийся в идентификации двух объектов мышления при их частичном совпадении. Иногда паралогическое суждение может быть построено на фонетическом сходстве понятий — парафонетическое паралогическое мышление [Заимов К., 1973].

Соскальзывание — феномен, близкий к паралогическому мышлению, заключающийся в том, что в процессе правильных и последовательных суждений больной беспричинно, по непонятно откуда взявшейся неадекватной и несоответствующей предыдущим мыслям ассоциации сбивается с логически правильного хода мысли и затем продолжает последовательно мыслить, опираясь уже на ложную ассоциацию, без критической оценки окончательных суждений.

Резонерство, или бесплодное мудрствование, выражается в поверхностных суждениях, основывающихся на случайных ассоциациях, имеющих выхолощенный характер, лишенных конкретности и апперцептивной направленности, разобщении течения мыслительного процесса с практикой, выражающемся в невозможности практического осуществления иногда правильных намерений и суждений.

Амотивационное, амотивное по О. Меллеру (1978), мышление — это «нарушение побуждений», проявление в мыслительной деятельности больных шизофренией более общих патогенетических механизмов (редукция энергетического потенциала), характеризующихся процессуальной прогредиентностью, приводящей в конце концов к исходному состоянию, распаду мышления. Это негативное, непродуктивное психическое расстройство, при котором снижение уровня мотивации носит качественный характер, т. е. идет не путем чистого количественного убывания функции [Блейхер В. М., Крук И. В., 1986].

Разноплановость суждений состоит в замене развития мысли, идущей в одном направлении, одновременным подходом к одному и тому же явлению с разных, иногда взаимоисключающих позиций (разноплановость суждений, таким образом, не всестороннее изучение того или иного явления, а нелогичное и необоснованное сочетание несоответствующих ассоциаций, случайных обрывков представлений). Такое разноплановое, или многоплановое, мышление ведет к извращенному суждению о предмете или явлении.

Разорванность мышления заключается в том, что мыслительный процесс состоит из обрывков ассоциаций, объединяемых в сознании больного посредством случайных связей (например, по созвучию), делающих высказывания больного, а следовательно, и его мысли лишенными какого-либо смысла.

Бессвязность, или спутанность (инкогеренция), мышления является следствием нарушения внутренней связи представлений. По А. В. Снежневскому (1983), это — утрата способности к образованию ассоциативных связей, соединению восприятий, представлений, понятий, отражению действительности в ее связях и отношениях, элементарным обобщениям, анализу и синтезу.

Персеверация мышления — явление, возникающее вследствие длительной задержки в сознании больного одного и того же представления, что происходит из-за нарушения ассоциативного процесса. Персеверация выражается в том, что на ряд последовательно задаваемых вопросов больной дает такой же ответ, как и на первый вопрос

Остановка мысли («шперрунг») — сохранение в течение короткого периода времени в сознании больного одной и той же мысли, ассоциации, представления, невозможность переключения на следующую ассоциацию или представление (в отличие от обрыва, прекращения, отключения, «запамятования» мысли).

«Бредовые ощущения», «бредовые восприятия», «бредовые представления», «бредовое сознание» многие психиатры считают источниками бреда [Ясперс К., 1923] Признавая, что процесс мышления начинается с познания, О. В. Кербиков (1949) соглашается с тем, что бредообразование и бредовое мышление также начинаются с расстройств ощущений, восприятий, представлений; бредовое мышление, бред можно рассматривать как наиболее выраженную степень расстройства мышления.

Уже давно мало кто сомневается в том, что бред — это не патология элементов (ступеней) познавательной деятельности, а патология мышления в широком смысле этого понятия. Вряд ли правильно говорить «о бреде восприятия» или «бреде представления», поскольку восприятие и представление при бреде неразделимы, взаимосвязаны с бредовым мышлением. В связи с этим, на наш взгляд, более правомерно подразделение на «ассоциативный» и «апперцептивный» бред. Ощущение, восприятие, представление, понятие как ступени познания, отражения обеспечивают лишь «материал» для бреда, для бредовой фабулы. Структура же бреда зависит от преимущественных нарушений в сфере ассоциаций или апперцепций. Единодушно признавая бред тяжелой формой расстройства мыслительного процесса, разные психиатры подчеркивают те или иные элементы и признаки этого расстройства.

Так, отмечается, что бред: входит в структуру патологического мышления в качестве его элемента [Осипов В. П., 1923]; продукт расстройства мышления и «механизмов присвоения», причем основное в «механизме при-

своения», а не в «механизме отчуждения» [Аккерман В. И., 1936]; следствие дезинтеграции мышления с расстройством аффективности (выпадением ее чувственного тона), т. е механизма, тождественного наблюдаемому при синдроме «отчуждения» или «деперсонализации» [Меграбян А. А., 1972]; параноидная система, основывающаяся на внутренней нелогичности мыслительного процесса [Вайсфельд В. И., 1939]; результат патологической продуктивной интеграции [Гуревич М О., Серейский М. Я., 1946]; в своей основе содержит неправильное мышление, вследствие чего болезненная фантазия подставляется на место объективных связей действительности ., больное бредовое сознание не столько отражает объективный мир, сколько творит его для себя [Кербиков О. В., 1949]. Некоторые авторы считают нужным подчеркнуть следующие моменты· бредовое течение ассоциаций, так же как нормальный мыслительный процесс, развивается от чувственного созерцания с искажением действительности к абстрактному или конкретному болезненному умозаключению , оно возникает в результате недостаточной аналитико-синтетической деятельности мышления [Лебедев Б. А., 1966]; основную роль в бредообразовании играют недостаточно корригируемые нарушения в абстрактно-логической сфере познания [Либерман Е А., 1966]; между бредом и искажением смыслового мышления различия невелики, так как оба феномена можно рассматривать как актуализацию дезинтеграции структуральной целостности сознания [Губер Г., Гросс Г., 1977].

Английские и американские психиатры рассматривают бредовые состояния с точки зрения «сверхвключаемости» как элемент расстройства мышления

«Сверхвключаемость»— понятие, введенное Н. Камероном (1938, 1944), обозначает особый вид дезинтеграции психической деятельности, выражающейся в невозможности «организовать все психические процессы в отношении значимого и незначимого, существенного и несущественного при сохранной способности к логическому мышлению» (цит. по Кузьминой С. В., 1976).

Отдельные психиатры подчеркивают, что бред отражает переживания больного в «субъективном мире» с уходом от конкретного реального. По их мнению, бред — производное аутистического мышления, это всегда расстройство мышления, но не ограничивающееся патологией мышления, а включающее также особую форму патологии всей познавательной и оценочной деятельности [Рохлин Л. Л., 1976].

Знакомство с различными типами, способами мышления и его патологией было бы неполным без рассмотрения некоторых вопросов философии, в частности законов и категорий формальной логики, поскольку их нарушение можно установить при анализе клинических проявлений сверхценных, навязчивых, бредовых идей. Кроме того, весь процесс познания объективной действительности подчиняется законам, оперирующим рядом правил и категорий. Различные «погрешности», возникающие в процессе познания, могут оцениваться с позиций анализа нарушений отдельных элементов того или иного закона познания, тех или иных правил и категорий. Рассмотрение с философских позиций процесса познания, убеждений, теорий, идей, возникающих у человека, может способствовать определению характера патологии познавательной деятельности в каждом конкретном случае.

Сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред и некоторые вопросы философии

В наши задачи не входит рассмотрение принципов подхода к проблемам сознания, мышления (в норме и патологии) с позиций различных теоретических философских школ (и направлений): психоаналитической, прагматической, экзистенциалистской, феноменологической, позитивистской, гносеологической, диалектической, материалистической и др. Для решения практических задач психиатрической клиники, анализа различных расстройств мыслительной деятельности человека и, следовательно, диагностики психических заболеваний установки тех или иных философских школ и направлений имеют лишь опосредованное теоретическое значение. Врачу-психиатру при анализе сверхценных идей, навязчивостей, бредовых высказываний больного нет надобности вспоминать, как, в частности, экзистенциалисты или прагматики понимают сущность возникновения и развития понятий, идей, теорий в норме и патологии. Слишком сложно и непродуктивно проводить философское сопоставление, например, любовного бреда и убежденности во взаимной любви, бреда «потустороннего» влияния, воздействия и религиозных убеждений. Вместе с тем подобные сопоставления практически весьма полезны при диагностике бреда, особенно в тех случаях, когда приходится проводить разграничение между бредовыми высказываниями, доминирующими идеями и заблуждениями или сверхценными идеями.

Прежде чем перейти к освещению возможного использования некоторых философских положений для анализа психопатологических феноменов, остановимся на кратком изложении основных законов, принципов, категорий формальной логики.

Законы, категории формальной логики и мышление. В использованной нами специальной литературе все касающиеся формальной логики ссылки на древних мыслителей, основные положения, а также формулировки законов, категорий практически тождественны и имеют мало существенных принципиальных различий. Философская наука «логика» изучает мыслительную деятельность человека, направленную на познание окружающего объективного мира. Это означает, что логика способствует познанию не только окружающей человека действительности, но также самого человека — правил, принципов, законов, форм его мышления.

Основоположником науки «логика» по праву признается Аристотель (384—322 гг. до н. э.). «Логика» от лат. «logos» и греч. «logike»—(слово)—выраженная в слове мысль, мысленные или словесные (в диалоге) рассуждения.

В числе главных принципов логического мышления рассматриваются его доказательность, определенность, непротиворечивость, обоснованность, последовательность и соответствие выводов (суждения, умозаключения) начальной посылке. Приня-

то считать, что «логика познания» разделяется на две самостоятельные науки: формальную логику и диалектическую логику. Выделяют также индуктивную логику Бекона — Миля и математическую, или символическую, логику Лейбница.

Материалы о логике, мыслительной и познавательной деятельности человека мы ограничим основными сведениями о формальной логике, поскольку элементы бреда (его детали), ступени и динамика развития, механизм бредообразования можно анализировать с применением ряда законов, правил, позиций формальной логики.

Формальная логика (аристотелевская, традиционная, дедуктивная) в отличие от индуктивной логики Бекона — Миля рассматривает все элементы процесса мышления в жестких рамках правил и законов, построенных по типу алгоритмов. Многие философы достаточно обоснованно полагают, что правильно отражать действительность, логически последовательно, непротиворечиво рассуждать, составлять верное суждение и приходить к правильным умозаключениям способен только человек, мышление которого подчинено законам формальной логики. Вследствие этого «бредовое мышление», допускающее паралогичные или алогичные построения, неизбежно вступает в противоречие с указанными законами. Если исходить из того, что все психические процессы (протекающие без логического сдвига и патологические) в той или иной степени детерминированы — закономерно зависят от предшествующего или предшествующих факторов, то следует признать, что бредовые суждения могут быть обусловлены «паралогичным сдвигом» на любом этапе, в любой «момент» психического процесса, причем такой этап, «момент» не всегда удается точно определить. Очень метко высказался по этому поводу А. Н. Лук (1968, 1976): «Безумные похожи на тех, кто очень правильно судит в пределах ложно установленных принципов». Некоторые авторы подчеркивают, что логическое мышление не исчерпывает суть мыслительного процесса, но всегда принимает в нем участие, так как ассоциативный процесс, ассоциативное мышление невозможны без логики [Налчаджян А. А., 1980].

Мысль подходить к анализу основных психопатологических феноменов с позиций формальной логики возникла давно.

Еще в 1910 г. Э. Крепелин пишет о том, что функции суждения и умозаключения «...опираются на предварительную работу восприятия, памяти, образования и сочетания представлений...», а поэтому «...всякое нарушение какого-либо из этих процессов более или менее вредно отражается на суждении и умозаключении, являющихся конечным результатом логической умственной деятельности». К Ясперс (1923) подчеркивает, что суждения наряду с восприятиями и представлениями суть одна из форм предметного сознания.

В. П Осипов (1923) прямо говорит о болезненной логике, ведущей к неправильной оценке окружающих событий, а также связи этих событий между собой и с больным, что, по его мнению, лежит в основе «бреда суждения». М. И. Вайсфельд (1936, 1939) обращает внимание на то, что

психически больные испытывают своеобразную «логическую изоляцию», благодаря которой логические основы для возникновения бреда отсутствуют, несмотря на наличие в сознании логического подтверждения уже возникших бредовых идей. Убежденность в правильности сформировавшихся бредовых идей обусловливает отсутствие потребности в их логическом доказательстве и невосприятие логических доводов, опровергающих бредовые суждения. На этом основании автор делает вывод, согласно которому параноидная система отличается внутренней нелогичностью ее построения, мыслительный процесс развивается только в соответствии с параноидным сюжетом, факты, противоречащие параноидной системе, подсознательно игнорируются больным. Б. А. Лебедев (1966) считает, что бредовые идеи, основывающиеся на галлюцинациях или первичных идеях, могут в своем развитии отвечать законам логики и чем больше галлюцинаций или первичных идей, тем менее логично построение вторичных идей.

Законам формальной логики подчиняется процесс познания — мышление со всеми его взаимозависимыми и взаимосвязанными элементами. К основным законам относятся законы «тождества», «непротиворечивости», «исключенного третьего», «достаточного основания», «двойного отрицания», сочетающиеся с определенными принципами, или правилами,— «энтропии», «антиэнтропии», «симметрии», «запрета скорости», «иерархического структурирования материальных систем», «сохранения массы и энергии» (единства существования, взаимодействия, адекватности, порога, массовости и индивидуализации, системности, контрапозиции).

При описании некоторых философских положений, знакомство с которыми входит в задачи настоящей монографии (например, формулировке законов и правил формальной логики), мы частично использовали работы К. Ясперса (1916, 1923), В. П. Протопопова и Е. А. Рушкевича (1956), А. Гжегорчика (1972), А. Г. Спиркина (1972), Э. Де Боно (1976), А. А. Братко и А. Н. Кочергина (1977), В. И. Кириллова и А А. Старченко (1982), А. Пуанкаре (1983).

В этом разделе целесообразно остановиться только на законах, принципах, правилах, категориях, понятиях, которые могут быть использованы при анализе проявлений патологического нарушения мышления и психопатологической оценке сверхценных идей, навязчивых состояний, бреда.

Закон «тождества». все рассуждения, характеризующиеся абсолютной непрерывностью мысли, приводят к однозначной мысли, суждению, тождественным самим себе, поэтому тождественные суждения, мысли нельзя принимать за нетождественные, а нетождественные — за тождественные. Связь отдельных мыслей и суждений логически безупречна только тогда, когда имется логическое тождество между данной и предшествующей или последующей мыслями; суждение «Б» всегда должно вытекать из суждения «А» и обусловливать суждение «В» без каких-либо логических промежутков или сдвигов между ними.

Закон «тождества» грубо нарушается при наличии любых бредовых идей, поскольку основу возникновения бреда и бредового мышления составляет непоследовательность мыслительно-

го процесса, нетождественность бредовых суждений предшествующим и последующим суждениям, при этом нередко отсутствует логическое тождество между данной мыслью и вытекающей из нее или обусловливающей ее и всегда имеются «логические промежутки» между последовательно высказываемыми мыслями и нетождественными суждениями. В зависимости от степени и характера нарушений закона тождества возникают и развиваются различные феномены, представляющие собой «предпосылки» к бреду или структурные элементы бреда: «соскальзывание», «паралогичность», разноплановость суждений, «нелепость сюжета» и уровень его проявления, например, «осумкованность», «парциальность», «несистематизированность», «систематизированность» бреда.

Закон «тождества» нарушается также при сверхценных идеях. Это нарушение выражается в отсутствии тождественности между «посылкой», постановкой задачи и окончательным умозаключением при сохранности в отдельных случаях тождества между суждением «Б», предшествующим ему суждением «А» и следующим за ним суждением «В». Нарушение возникает в связи с наличием «логического промежутка» между какой-либо парой последовательных суждений («А» и «Б», или «Б» и «В», или «В» и «Г» и т. д.), что приводит к незаметному, на первый взгляд, логическому сдвигу. Такой сдвиг при сверхценных идеях выявляется в случае сопоставления с предыдущими или последующими, но не смежными суждениями, например «А» с «В» или «Б» с «Д» и т. п.

При навязчивых состояниях закон «тождества» не нарушается, так как в логических построениях больного нет качественных сдвигов и отдельным суждениям придается количественное, неадекватное их сущности значение. Указанное обстоятельство связано с тем, что при навязчивостях ведущую роль играют аффективные, а не логические нарушения.

В соответствии с законом «непротиворечивости» рассуждения должны быть не только логически последовательными и тождественными, но также непротиворечивыми. Из двух противоречащих друг другу суждений одно обязательно ложно, так как оба они истинными быть не могут. Применение этого закона позволяет выявить логическую непоследовательность, неточность, если в рассуждениях присутствует противоречивость.

Прямым следствием нарушения логической последовательности и тождественности суждений при бреде является их противоречивость. Это связано с тем, что любое бредовое представление не способно охватить абсолютно все элементы, стороны, действия, условия существования объективного мира и субъекта.

При этом в случаях бреда противоречивыми могут быть как смежные, вытекающие друг из друга суждения, так и несмежные. В противоположность этому при сверхценных идеях противоречивыми обычно бывают несмежные суждения.

Закон «исключенного третьего»: два противоречащих друг другу суждения не могут быть одновременно ложными или одновременно истинными.

Одно из них обязательно истинное, а другое обязательно ложное: если суждение «Б» противоречит суждению «А» и, значит, суждение «А» противоречит суждению «Б», то каждое из них, взятое отдельно, или ложное, или истинное, а если рассматривать их вместе, то одно из них обязательно истинное, другое обязательно ложное, третий вариант исключается — его быть не может. В связи с этим, согласно закону «исключенного третьего», недопустимо искать какое-либо среднее решение между двумя взаимоисключающими суждениями, хотя указанное положение имеет некоторые ограничения.

Выше отмечалось, что бредовые суждения в отличие от суждений психически здорового человека могут противоречить одно другому, могут вести к противоположным утверждениям и вместе с тем противоречить объективной истине, т. е. быть ложными. В этом случае истина оказывается вне бредовых суждений. Однако иногда смежные бредовые суждения («А» и «Б», «Б» и «В» и т. п.), вступая в противоречие с истиной, между собой могут быть непротиворечивыми, и тогда действует закон «исключенного третьего». Например, бредовое утверждение больного о том, что его «преследуют враги» сочетается с бредовым утверждением о том, что он «гениален», поэтому имеет много врагов. Оба эти утверждения не противоречат друг другу. В этом случае исключается третье промежуточное утверждение и условно действующим можно признать закон «исключенного третьего».

В том случае, если при сверхценных идеях сопоставления несмежных суждений позволяют выявить их логическое несоответствие, т. е. нарушение закона «непротиворечивости», то смежные последовательные сверхценные суждения могут оказаться непротиворечивыми и тогда при изолированном рассмотрении двух смежных суждений допустимо вступление в действие закона «исключенного третьего». Приведенное положение сближает бредовые и некоторые сверхценные идеи в тех случаях, когда последние приобретают бредоподобный характер.

В связи с тем что при навязчивых состояниях отсутствуют логические нарушения, при них сохраняют действенность законы «непротиворечивости» и «исключенного третьего».

Закон «достаточного основания»: любая мысль, любое суждение могут быть признаны истинными только в том случае, если они безусловно обос нованны — доказаны собственным или посторонним опытом, объективно подтверждены фактами, ранее установленными истинами или уже подтвержденными мыслями, из которых данная непосредственно, непрерывно вытекает.

Закон «достаточного основания» при бреде полностью нарушается, при сверхценных идеях может частично подтверждаться при изолированном анализе некоторых конкретных суждений. Применение этого закона при анализе навязчивых состояний лишено смысла, поскольку в подобных случаях больные вполне критичны к болезненным переживаниям.

Наряду с перечисленными законами при проведении психопатологического анализа бредовых, сверхценных и навязчивых идей могут быть использованы некоторые принципы и правила формальной логики, с которыми связаны указанные законы.

Принцип «энтропии» утверждает приоритет хаоса над порядком, который всегда проявляет тенденцию быть замененным беспорядком, хаосом.

Некоторые принципы формальной логики, по нашему мнению, могут быть использованы при определении параметров бреда (глава 3) и при изучении анатомических, физиологических, энергетических основ бредовых или других проявлений патологии высшей нервной деятельности (глава 5).

Формальная логика, кроме того, оперирует многими философскими категориями, понятиями, терминами. В виде справки целесообразно привести заимствованные у перечисленных ранее авторов краткие формулировки некоторых понятий и дефиниции ряда терминов.

Обобщение и отвлечение, будучи психическими явлениями, представляют собой результат деятельности мозга. Однако в ходе исследований это положение никак не реализуется и сами явления продолжают рассматривать лишь как сугубо психические или как философские категории. В философии и психологии термины «обобщение» и «абстракция» имеют двоякий смысл: ими обозначают процессы обобщения и отвлечения, а также их результаты, т. е. возникающие общие понятия, идеи. Процесс обобщения определяется как мысленный переход от единичного к общему, от менее общего к более общему. Процесс отвлечения от несущественных признаков и мысленное выделение одних лишь существенных особенностей данной группы объектов называется абстракцией. В формировании понятий ведущую роль играет абстрагирование. Обобщение же есть объединение, сведение в средний итог многих частностей [Теплов Б. М., 1946; Рубинштейн С. Л., 1949; Кольцова М. М., 1967].

Принципы «отвлечения» и «обобщения», с которыми сопряжено понятие «вторая сигнальная система» [Павлов И. П., 1926], предопределяют умозаключение. Следовательно, при ошибочном умозаключении могут страдать как отвлечение, так и обобщение.

Гипотеза — форма развития человеческих знаний, представляющая собой обоснованное предположение, объясняющая свойства и причины исследуемых явлений. Гипотезу проверяют в два этапа: путем дедуктивного выведения вытекающих из нее следствий и сопоставления их с фактами. Выдвижение гипотез, построение различного рода догадок и предположительных объяснений по поводу действительных причин наблюдаемых явлений обычно предшествуют установлению истины — аксиомы.

Аксиома — исходное положение теории, принимаемое за истинное без доказательств, которое обосновывает другие положения теории. А. Пуанкаре (1983) называет четыре различных сущности, согласно которым аксиома: а) выражение формальной логики; б) систематическое суждение, имеющее в своей основе индукцию; в) обращение к соображению; г) скрытое определение.

Эвристика — искусство нахождения истины.

Аксиома силлогизма — положение, обосновывающее правомерность всего вывода, т. е. логического перехода от посылок к заключению [Кирилов В. И., Старченко А. А., 1982]. Иначе говоря, аксиому силлогизма можно изложить так: все, что утверждается в отношении целого класса, также утверждается в отношении каждой вещи, которая содержится в этом клас-

се, и, наоборот, все, что отрицается в отношении целого класса, отрицается в отношении всего, что содержится в этом классе.

Дефиниции перечисленных ниже терминов частично приводятся по А Гжегорчику (1972).

Импликация — сложное предложение, содержащее логические связки, составленное из двух предложений, объединенных понятием «если..., то...», в грамматике называется «условным предложением». Первое предложение, входящее в импликацию, именуется условием, второе—заключением. Импликацию следует использовать при формулировке какого-либо умозаключения.

Особое внимание необходимо уделить таким понятиям формальной логики, как «суждение» и «умозаключение», поскольку в психиатрической клинике при оценке бредовых переживаний больных чаще всего приходится анализировать их бредовые умозаключения.

Суждение, будучи одной из логических форм абстрактного мышления, является составной частью процесса познания Ранее было отмечено, что впечатления близки к категориям ощущения, восприятия, представления, а понятия отражают существенные признаки предметов и явлений. К этому следует добавить, что каждый из перечисленных элементов познания становится осмысленным, включается в процесс мышления тогда, когда возникает суждение о нем. Например, восприятие можно в полной мере назвать таковым после того, как о нем будет составлено суждение. Суждение — это осмысление отношений между предметами и явлениями, между ними и их признаками, сочетания (связь) двух или нескольких понятий. Суждение возникает не только при обобщении элементов познания, но также при необходимости выбора между разными восприятиями, представлениями, понятиями об одном и том же предмете Суждение отражает взаимоотношения между предметами и их свойствами Обозначив понятия, входящие в суждение, принятыми в логике символами «s» (субъект) — понятие о предмете суждения, и «Р» (предикат) — понятие о признаке предмета, можно получить формулу для любого суждения данного типа: S—P (то и другое понятия входят в суждение), где знак «—» обозначает связь между ними Под S и P можно подразумевать любые предметы и их свойства, а под знаком «—» — любую связь, положительную и отрицательную. Иначе говоря, суждение представляет собой определенный способ отражения отношений между предметами и окружающей действительностью, выраженный в форме утверждения или в форме отрицания.

Умозаключение наряду с понятиями и суждениями — это высшая форма психической деятельности, доступная только человеческому абстрактному мышлению.

Приводимые разными авторами дефиниции термина «умозаключение» по смыслу однозначны или частично дополняют друг друга, например: умозаключение является такой формой мышления, при которой образуются новые суждения, выводы; умозаключения делаются не на основе непосредственных воздействий раздражителей из окружающей среды, а на основе одного или нескольких суждений, отражающих связи и взаимоотношения предметов между собой и с объективной действительностью [Протопопов В. П., Рушкевич Е. А., 1956]; умозаключение — процесс, при помощи которого из одного или нескольких суждений выводится новое суждение..., в процессе мышления содержание и форма мысли существуют в неразрывном единстве.

А. Гжегорчик (1972) к этому добавляет, что умозаключениями пользуются в процессе мышления. Правильные умозаключения должны подчиняться законам формальной логики, в частности правилам логического вывода, следовательно, при всяком нарушении логического обоснования на любом этапе мыслительного процесса логически дефектным оказывается весь мыслительный процесс и умозаключение как его результат.

Ошибочное, сверхценное или «бредовое» умозаключение может иметь в своей основе ошибочные суждения, связанные между собой и с критическими восприятиями предметов объективного окружающего мира, и может возникать на основании неошибочных суждений. Все зависит от того, с какого элемента, звена мыслительного процесса начинается сверхценное или бредовое мировосприятие.

Приведенные соображения совпадают с высказываниями А. Гжегорчика (1972), который отмечает, что очень важно проводить логический анализ рассуждений, представляющихся ошибочными, и находить скрытые ошибки в таких рассуждениях ..., умозаключение ошибочно тогда, когда из правильных, истинных посылок получаются ложные выводы... В связи с этим прежде всего нужно проверить правильность истинных посылок (условий умозаключений). Если вывод оказывается ложным, то это означает, что в исходных рассуждениях могла быть ошибка. Большинство ошибок связано с неточностью в логическом мышлении и формулировке мыслей.

При сопоставлении бредового мышления с принципами формальной логики трудно также возразить против тезиса о том, что правильное умозаключение связано с правильной интуицией, так как интуиция у психически больных может быть искаженной и обусловливать бредовое умозаключение.

При психопатологическом анализе бредовых утверждений можно встретить рассуждения, не позволяющие прийти к какому-либо умозаключению. Подобные рассуждения мы предлагаем называть логическим тупиком.

«Логический тупик»— рассуждения или утверждения, не имеющие продолжения, исключающие возможность логического вывода. Примером «логического тупика» может служить известная шуточная головоломка. Путешествующий европеец попал в плен к воинствующим аборигенам. Вождь племени аборигенов предложил путешественнику высказать какое-либо безусловное (не имеющее альтернативы) утверждение, предупредив, что при правильном утверждении путешественник будет повешен, а при неправильном — утоплен в болоте. Ответ поставил вождя племени в тупик, так как высказанное путешественником утверждение не давало оснований ни для одного приговора: его нельзя было ни повесить, ни утопить. Причина скрывалась в том, что в угрозе, высказанной вождем племени, был логический просчет, которым воспользовался путешественник. Он заявил: «Вы меня утопите». Если такое утверждение признать правильным, то путешественника по условиям угрозы утопить нельзя, так как это наказание соответствовало ложному утверждению, а утопить его — означало признать утверждение правильным. Повесить путешественника тоже нельзя, поскольку такой приговор назначался за правдивое утверждение, а в действительности утверждение путешественника оказывалось ложным. Таким образом, попытка решить задачу наталкивается на «логический тупик».

Правила формальной логики устанавливают, что процесс, ведущий к умозаключению, в зависимости от соотношения исходных суждений или посылок и выводного суждения или умозаключения может выражаться в трех формах абстрактного мышления — дедуктивной, индуктивной (которые ранее уже упоминались) и «по аналогии»:

дедуктивное мышление характеризуется логическим переходом к ча-

стным знаниям от общих знаний, представленных двумя или несколькими категорическими или условными посылками — суждениями;

индуктивное мышление выражается в переходе от частных знаний к общим знаниям — в обобщении ранее полученных суждений об отдельных частных признаках, относящихся к одному классу явлений;

мышление «по аналогии» подразумевает логический переход от одного частного знания к другому частному знанию, т. е. переход от знания об одном предмете или явлении к знанию о другом предмете или явлении. Умозаключение, полученное по аналогии, может быть категорическим — достоверным или проблематичным — недостоверным.

Все приведенные положения, на наш взгляд, необходимо учитывать не только при уточнении «места», «этапа» процесса мышления, на котором произошел «сдвиг» к «бредовому суждению» или «бредовому умозаключению», но и главным образом при выявлении «механизма бредообразования» и определении «параметров бреда» (глава 2).

На ряде принципов и категорий формальной логики мы вообще не останавливаемся, так как их трудно применить при психопатологическом анализе бреда и смежных с ним психопатологических образований.

Нормальное и патологическое творчество

Творческое сознание человека создает образное представление (суждения) о картине мира или его деталях на основании имеющейся информации. Эта информация может быть получена в результате прямого восприятия объективной действительности либо научно-аналитического восприятия или, наконец, на основании сведений, накопленных другими и заимствованных у них. Любая информация независимо от механизма ее получения может быть неправильной, необъективной, искажающей действительность и объективной, полностью соответствующей действительности. В первом случае ошибочная информация может привести к ошибочным суждениям и умозаключению, а в психиатрической клинике — к возникновению сверхценных или бредовых идей. Во втором случае возможно двоякое построение суждения и умозаключения: логическое (соответствующее законам формальной логики), ведущее к созданию научной идеи, теории, открытия, и паралогическое (противоречащее законам формальной логики), ведущее к возникновению ложной бредовой идеи.

Дифференцированный психопатологический анализ предполагаемых «предпосылок», момента или динамики возникновения, последующего развития — «совершенствования», становления, детализации, кристаллизации бреда (бредовой идеи) позволяет установить аналогию между перечисленными факторами и элементами нормального творческого процесса. Таким образом, бред может и должен рассматриваться как проявление патологического творчества. Этот вывод вполне согласуется с высказываниями о том, что «бред — болезненное творчество» [Осипов В. П., 1923], «бредообразование есть, несомненно, творче-

ский, хотя и болезненный процесс, для результатов которого большое значение имеют сохранность интеллекта, его активность» [Гиляровский В. А., 1938]. Вместе с тем указанный вывод не противоречит сентенции древних мудрецов, согласно которой «в каждом творческом акте есть доля безумия» [Сегалин Г. В., 1929], при учете тезиса о том, что недопустимо отождествлять творчество, человеческую гениальность с безумием [Кутанин М. П., 1929]. Во всяком случае несомненно, что изучение творчества психически больных может способствовать пониманию творческого процесса нормальных людей. Все это никак не согласуется с соображениями Т. Мейнерта (1885), считавшего, что болезненный процесс в мозге отнюдь не обладает какой-то патологической творческой силой, при помощи которой он мог бы создавать все новые идеи, не преобразованные в запас физиологических идей.

Философы древности, по-видимому, иначе трактовавшие понятие «бред», вообще не всегда признавали его проявлением психического расстройства. Например, Платон, он же Аристокл (427—347 гг. до н. э.), по утверждению М. П. Кутанина (1929), считал, что бред — это не болезнь, а, наоборот, величайшее из благ, даруемых нам богами. Ч. Ломброзо (1899) подчеркивает, что под влиянием бреда дельфийские и додонские прорицательницы оказали тысячи услуг гражданам Греции, тогда как в обыкновенном состоянии они приносили мало пользы или оказывались совсем бесполезными. Далее он пишет: много раз случалось, что, когда боги посылали народам эпидемии, кто-нибудь из смертных впадал в «священный бред» и, делаясь под влиянием его пророком, указывал лекарство против этих болезней, и еще: особый род бреда, возбуждаемый музами, вызывает в простой, непорочной душе человека способность воспевать в прекрасной поэтической форме подвиги героев, что содействует просвещению будущих поколений.

Мы полагаем, что сравнение отдельных элементов нормального и патологического творчества вполне правомерно. Не могут вызвать, например, возражения сопоставления побуждающих мотивов нормального и бредового творчества, способов их возникновения и этапов развития, влияния на то и другое характера, направленности, степени совершенства эмоциональной и интеллектуальной сфер здорового или больного человека. В частности, среди побуждающих к творчеству моментов некоторые авторы склонны рассматривать «катарсис» — очищение — в виде необходимой потребности ученого высказать свою точку зрения и этим ослабить «душевное напряжение» [Столович Л. Н., 1985]. То же самое нередко наблюдается при возникновении бреда. Одно и другое, как правило, сопровождаются «муками творчества» и последующим удовлетворением или даже наслаждением публикацией его результатов или высказыванием сформулированной идеи бреда. Кроме того, вполне

обоснованна однозначная систематика с разделением нормального и патологического творчества на преимущественно художественное и преимущественно интеллектуальное.

Объектом — «органом творчества» — во всех случаях оказывается человеческий мозг, психическая деятельность человека, всегда (в норме и при возникновении болезни) подчиненная принципиально одним и тем же законам, которые могут искажаться, но не исключаются. В норме открытие или изобретение обычно является результатом последовательного логического творческого акта, но может быть связано с интуицией и подсознательной деятельностью. Точно так же бред, главным образом так называемый первичный, обычно являющийся следствием паралогичного мыслительного процесса, может иметь интуитивный подсознательный механизм возникновения.

Любой вид творчества (его содержание, объем, глубина, степень систематичности — систематизации, новизны, колоритности, уровня значимости для общества и автора) находится в прямой зависимости от ряда связанных друг с другом факторов. К таким факторам можно отнести: уровень интеллектуального развития (умственных способностей), особенно памяти, внимания, аналитико-синтетических функций; умение организованно, последовательно мыслить; обладание «гибкостью мышления», выражающейся в возможности сопоставления разных (иногда отдаленных по содержанию) классов и явлений; легкость составления понятий, суждений, умозаключений и продуцирования новых идей, формулирования и постановки проблем, умение логично мотивировать возникающие идеи; наличие эмоционального, темпераментного сопровождения всего процесса творчества; способность к критической переоценке прежних собственных или «общепринятых» установок, иногда с полным их игнорированием и одновременной восприимчивостью к новым идеям; трудолюбие, терпеливость, упорство, настойчивость, творческая смелость; умение аккумулировать и субъективно перерабатывать накопившуюся информацию, сопоставляя ее со своими идеями.

Нормальное творчество можно условно разделить на «научное» и «художественное» и с первым сопоставить интеллектуальный (по В. Х. Кандинскому, 1885—1890), а со вторым — образный бред. Степень вовлеченности образного и абстрактного, символического, словесного мышления влияет на характер, содержание, продуктивность как нормального, так и патологического творчества. Клиническое различие степени вовлеченности образного и абстрактного мышления в процесс патологического творчества связано с участием или неучастием в творческом акте вербального оформления мысли, которое обусловливает более сложные бредовые концепции, поскольку словесное мышление имеет больший диапазон творчества, чем образное.

Трудность решения проблемы, однако, состоит в том, что

словесное мышление можно себе представить в чистом виде, а мышление образное у человека, по-видимому, дополняется словесным. Говоря о патологическом творчестве, допустимо утверждать, что оно, так же как нормальное творчество, тем продуктивнее, чем активнее и эффективнее понятийное словесное мышление.

Вербальное оформление процесса мышления на разных этапах его развития выражено по-разному: проблемная ситуация, конкретная задача могут возникнуть как в образном, так и в вербальном оформлении, но затем мысль обязательно сопровождается внутренней речью, уже представленной в виде символов мысли — слов. При этом быстрое течение мыслительного процесса не может быть синхронно выражено в речи. Мышление концентрируется во «внутренней речи», которая затем оформляется, выражается во «внешней речи». И. Кант (1724—1804) по этому поводу сказал, что мыслить — значит говорить с самим собой ..., внутренне (через репродуктивное воображение) слышать себя самого.

Активность и эффективность словесного мышления в свою очередь тем больше, чем больше его «легкость». Под «легкостью мышления» при этом понимается максимальная ограниченность или полное отсутствие внешних и внутренних факторов, мешающих образованию суждений, промежуточных выводов, умозаключений с одновременным относительным ускорением темпа мыслительного процесса. По мнению некоторых американских философов, творческая продуктивность может возрастать в случае отсутствия сознательного управления мыслью [Де Боно Э., 1976]. По-видимому, этим можно объяснить «легкость мышления» некоторых психически больных (в частности, параноидной шизофренией), сложность и продуктивность не только их бредовых построений, но иногда и научных открытий, например математических. Такое же объяснение имеют научные открытия или научные идеи, возникающие во сне, в сновидениях.

Новые идеи, открытия, изобретения, так же как бредовые идеи, имеют в разных случаях различный генез. Одни открытия оказываются следствием длительного развития, разработки проблемы, другие возникают сначала в качестве гипотезы, подтверждаемой в дальнейшем результатами длительной работы, наконец, третьи как бы озаряют ученого — возникают без предварительных посылок или работы над проблемой. При этом, отмечает А. Г. Спиркин (1972), новая идея вначале нередко кажется фантастической, нелепой, абсурдной.

Подчеркнем, что анализ нормального научного и художественного творчества помогает в известной степени пониманию структуры и развития бредового творчества, т. е. бреда. В свою очередь анализ бредообразования способствует пониманию проблемы нормального творчества. При этом дополнительную

роль играет психопатологический анализ научной и художественной продукции ученых, художников, композиторов, поэтов, писателей, страдающих психическими заболеваниями, у которых продуктивное, научное творчество сочетается с патологическим, бредовым.

По мнению А. Я. Пономарева (1976), факторы, побуждающие к творчеству, и его результаты — открытия, связаны не только с субъективной направленностью интересов ученого, но также с объективно обусловленной общественной потребностью. В свою очередь субъективное творчество находится в зависимости от мировоззрения, интересов, склонностей, способностей, мотивов деятельности творческой личности. Полноценная творческая деятельность доступна только творческим личностям, обладающим развитым внутренним планом действия, способным «ассимилировать» нужным образом сумму специальных знаний в той или иной области, располагающим интеллектуальной возможностью (включая развитую активность «не осознаваемых» мыслительных процессов) сформировать свои убеждения, мотивы, интересы, притязания, имеющие другие «личностные особенности, в частности творческую интуицию, без которых невозможно подлинное творчество», достигшим уровня умственных способностей, не зависящих от суммы полученных знаний, и т. д.

А. Г. Спиркин (1972) добавляет, что для нормального творчества, кроме перечисленных «качеств творческой личности», необходимы определенные психологические свойства — характер, воля, находчивость, страсть, вдохновение, опыт, остроумие, эрудиция, воображение. По поводу эрудиции он делает оговорку, что она иногда препятствует творчеству, поскольку зависит от имеющихся знаний и давно узаконенного положения, ведущего к пониманию того, что «это новое» невозможно. В то же время «невежда», не зная, что «это невозможно», игнорирует якобы «невозможное» и делает открытие. Вдохновение же А. Г. Спиркин признает очень важным фактором, понимая его как своего рода одержимость, интенсивное проявление чувств, волнение, интеллектуальный энтузиазм, способный предвосхищать итоги мыслительной работы, мгновенно пробегая по ассоциативным звеньям и как бы перескакивая через некоторые из них.

Интенсивность, продуктивность человеческого творчества прямо пропорциональна перечисленным выше позитивным психологическим свойствам личности. При патологическом творчестве содержание и любые особенности бреда не всегда зависят от свойств личности. Это связано с тем, что при душевном заболевании личность больного претерпевает изменения, иногда приобретает противоположные черты характера. Однако некоторые качества личности (уровень интеллекта, опыт и знания, воображение, память и тревожно-мнительные черты характера

и др.) играют в патологическом творчестве такую же роль, как и в творчестве психически здорового человека.

Сравнивая научное творчество с патологическим, трудно отождествить влияние исторического уровня общественного познания на конкретные проявления творчества того или иного ученого с влиянием общественного познания на патологическое творчество психически больного. Если в первом случае факт возникновения «творческого акта» связан с общественной потребностью, то во втором возникновение патологического творчества в дебюте и в процессе развития психического заболевания имеет не общественные (социальные), а биологические корни. Вместе с тем направленность патологического творчества, фабула, сюжет бреда отражают элементы современного уровня общественного познания.

Психологи справедливо полагают, что в высшей нервной деятельности «физиологическое» является первичным, но не преобладающим, поскольку «психическое» в процессе своего развития оказывает такое большое влияние на «физиологическое», что в целом его можно рассматривать как результат психического воздействия. Если развитие бреда суть патологическое творчество, то вполне обоснован не только психопатологический, но также патопсихологический анализ этого творчества. Приведенные положения представляются особенно справедливыми в случае подтверждения обусловленности типовых различий структуры и отдельных свойств бреда не только и не столько развитием болезненного процесса, сколько преморбидными свойствами личности, определяющими ее способность к творчеству, в частности патологическому. О влиянии преморбидных особенностей личности на характер и глубину сформировавшегося бреда, рассматриваемого как следствие патологического творчества, пишет также А. П. Нечаев (1929). К таким «особенностям» он относит: степень интеллектуального развития, включающего уровень памяти, внимания, способности к понятию, суждению, представлению, умозаключению; способность к воображению, которое характеризуется как интенсивное и экстенсивное; сила воображения; степень продуктивности и целесообразности воображения.

Процесс творческого мышления. Любое творчество начинается с постановки проблемной задачи. Этот процесс предполагает единство конкретного и абстрактного типов мышления, прямолинейно или опосредованно сменяющих друг друга. Главные операции мышления — выбор, сравнение, анализ (критика) и синтез (творчество). Следовательно, основная часть мыслительного процесса стимулируется возникновением проблемной ситуации, сопровождающейся творческим поиском. Направленность мыслительного процесса на разрешение конкретной задачи называют *интенцией* (от лат. intentio — стремление). Задача, составляющая цель поиска, в отличие от проб-

лемной ситуации конкретизирует поиск, ограничивает сферу его действия. Удачный поиск, разрешение задачи или части проблемы приводит к выработке понятия, обусловливающего в дальнейшем формирование суждения и умозаключения. Правильность результата мыслительной операции проверяется опытом.

Процесс творческого мышления может протекать на разных уровнях сознания с неодинаковой скоростью, которая, как отмечено Т. Цигеном еще в 1909 г., увеличивается под влиянием аффекта со знаком плюс и замедляется под действием аффекта со знаком минус. Мыслительный процесс, течение ассоциаций сопровождаются вербальным или образным оформлением и той или иной степенью творческой продуктивности. Под *ассоциацией идей* понимают их последовательное развитие или «следование» друг за другом. Такое «следование» может быть обусловлено близостью идей по времени и «положению» в пространстве, сходству их содержания, смежности (различного рода формальным сочетаниям, например по созвучию, образному сходству), совпадению исходных посылок или выводов и т. д. Развитие ассоциаций, как ранее было отмечено, их исчерпывающая «проработка» приводят к суждению и затем умозаключению.

В соответствии с этим продуктивный творческий процесс может быть осознаваемым, контролируемым сознанием и подсознательным, неосознаваемым, проясняющимся затем постепенно или в результате внезапного озарения — «инсайта».

По поводу сознательности — осознаваемости и неосознаваемости — бессознательности ученые высказываются неоднозначно. Так, одни считают, что внезапное возникновение идеи, «синтез мысли», открытие, сделанное ученым, не являются для него неожиданными и производятся только сознательно [Меграбян А. А., 1967] Другие, наоборот, утверждают, что творческий процесс происходит вне сферы ясного сознания М. П. Кутанин (1929) считает, что творческая идея, так же как бред, возникает внезапно, из подсознательного, «непроизвольно», вдохновение берет свое начало где-то за пределами ясного сознания В подтверждение своих соображений он цитирует весьма колоритные формулировки известных философов «Момент творчества — это только воплощение, только медиум высших сил, то, что внезапно с несказанной уверенностью и точностью становится видимым и слышимым, до самой глубины потрясает и опрокидывает человека , тут слышишь без поисков, берешь, не спрашивая, от кого, мысль вспыхивает как молния , это какое-то бытие вне себя, с самым ясным сознанием бесчисленного множества тонких дрожаний , это глубина счастья, где самое болезненное и самое жестокое действует не как противоречие, но как нечто логическое» [Ницше Ф., 1844—1900]; идеи рождаются «в темных чертогах сказочного бессознательного» [Кречмер Е., 1927] и в области «сферы», находящейся вне сознания [Шильдер П., 1924] А. Н. Лук (1976) отмечает: «В научно-теоретическом творчестве мысленный перебор вариантов проходит подсознательно. Непригодные пути отвергаются, а тот, который ведет к решению, пробивается в сознание». Это и есть момент «озарения», или «инсайта».

Анализируя процесс творчества, философы разделяют его на «моменты», «элементы», «акты», «фазы», «стадии», «этапы». Однако такие разделения включают неоднозначные проявле-

ния феномена человеческого творчества. В одних случаях речь идет об «основных элементах», составляющих творческий акт, в других — о «механизме» творчества, в третьих — об «этапах» творчества — временно́й последовательности развивающегося творческого процесса. Некоторые понятия, привлекаемые для анализа процесса творчества, повторяются при определении его элементов, механизмов, этапов. Те же понятия в видоизмененной форме могут использоваться при анализе процесса бредообразования.

Я. А. Пономарев (1976) признает правомерными следующие называемые разными авторами элементы, или моменты, творчества: интуиция или бессознательная работа мозга, труд и вдохновение, ведущие к накоплению знаний для их последующей бессознательной переработки, бессознательная работа в виде исключительной способности к «отбору», специфические качества творческой личности — резко выраженная фантазия, выдумка, уклонение в сторону от шаблона, оригинальность, субъективность, обширные знания и др [Потебня А. А., 1988, 1989]; труд, бессознательная работа, вдохновение [Лезин Б. А., 1907]; желание, интуиция, происхождение замысла, построение гипотезы, знания и рассуждения, выработка схемы или плана, умение, конструктивное осуществление изобретения (Эшельмейер П. К., 1910].

Суммируя различные параметры творческого процесса, Я. А. Пономарев (1960, 1976) перечисляет его следующие элементы: «сознательная работа»— подготовка (особое деятельное состояние, являющееся предпосылкой для интуитивного проблеска новой идеи); «бессознательная работа»— созревание (инкубация направляющей идеи); переход бессознательного в сознание — вдохновение (поступление в сферу сознания возникшей в результате «бессознательной работы» мозга творческой идеи вначале в гипотетическом виде); развитие идеи, ее окончательное оформление и проверка.

А. Н. Лук (1976) сообщает о предложенных некоторыми учеными элементах творчества: подготовка, инкубация, озарение, проверка или доработка; осознание потребности, ее анализ, изучение доступной информации, оценка предлагавшихся ранее решений, рождение новой идеи и ее экспериментальная проверка (американский психолог Россмен), осознание проблемы, ее анализ, выдвижение идей, их проверка, выбор (американский философ Д. Дьюи).

«Механизм» творчества. В механизме творческого процесса принято различать «воображение», или «фантазию», «интуицию», «интуитивное озарение».

Воображение, по мнению А. П. Нечаева (1929), составляет основу творчества и включает не только осознание окружающей обстановки, но и мысленное дополнение ее своей фантазией, вольной комбинацией прежних впечатлений, мечтаниями, способностью претворять неясные желания в определенное творение. Он различает реальное воображение и воображение, оторванное от действительности, указывая на то, что всякое воображение сродни фантазии, так как то и другое основывается не на непосредственных восприятиях и впечатлениях, а на тех мыслях, которые возникают в сознании под влиянием непосредственных впечатлений. При этом, разделяя «во-

ображение» на целесообразное (продуктивное) и нецелесообразное, он указывает на то, что фантазия возникает не под непосредственным воздействием окружающей среды, а под влиянием тех ассоциаций, которые возникают в связи с этим воздействием.

Механизм творческого процесса, по А. Г. Спиркину (1960), включает вдохновение, продуктивное воображение, озарение новой идеей, ее логическую обработку, проверку и реализацию, являющиеся своего рода венцом творчества, развитие процесса творчества от подсознания, интуиции до осознанного, логического мышления (с разрешением противоречий и созданием нового, что неизбежно связано с отрицанием старого).

Почти аналогичные суждения высказывает В. С. Библер (1975): для доказательства новой идеи необходимо раздвоение мыслителя, который сначала сам себе противоречит, и лишь когда мысль испытала и преодолела это противоречие с самой собой, она оказывается доказанной. Он утверждает, что доказывать — значит оспаривать..., диалектика не есть монолог умозрения, но диалог умозрения с опытом .., мыслитель лишь постольку диалектик, поскольку он противник самого себя. ., усомниться в самом себе — высшее искусство и сила; Л Фейербах (1804—1872) считает, что истина заключается лишь в единении «Я» и «Ты». А. Н. Лук (1976) по этому поводу пишет, что творческий акт и обычное решение проблемы имеют одинаковую структуру, включающую накопление знаний и навыков, необходимых для четкого уяснения и формулирования задачи, а также сосредоточенные усилия и поиски дополнительной информации, уход от проблемы, переключение на другие занятия, если задача не поддается решению (инкубация, при которой лучше всего заниматься умственной работой, требующей сосредоточенности и логических рассуждений), и озарение, или инсайт, который внешне выглядит как «логический разрыв», «скачок в мышлении», получение результата, не вытекающего однозначно из посылок (с последующей верификацией или проверкой сущности инсайта). Важное значение А. Н Лук придает наличию «мотивационной основы»— чувственной, интеллектуальной, общественной мотивации.

А. А. Налчаджян (1980) отмечает, что суждения, осуществляющиеся в теоретическом процессе, преимущественно условны и вероятностны, поскольку творческий процесс сплошь и рядом генерирует предположение, т. е. целые ассоциации вероятностных суждений. Под воображением он понимает внутреннее оперирование. образами и представлениями, средствами, существующими в концептуальной форме, замыслами, проблемами, способами преодоления возникающих препятствий, а также поисками новых образов и новых ассоциаций образов при обязательной эмотивности, сопровождающей творческий поиск. Разновидностями воображения автор называет «воспроизводящее», «комбинаторное», или «сообразующее», и «подлинно творческое», или «интуитивное», озарение, не тождественное «интеллектуальному» озарению, являющемуся лишь его частным случаем.

Этапы, стадии творческого процесса. Большинство авторов сходятся на том, что творческий процесс начинается с постановки творческой проблемы (что уже было отмечено), содержит ее разработку и завершается выводами в виде суждений, умозаключения, открытия.

К этапам творчества разные авторы относят: возникновение идеи, выработку схемы или подробного плана исполнения идеи, и осуществление ее на деле [Нечаев А. П., 1929]; постановку задач, получение конечного результата, обнаружение противоречия и, наконец, его разрешение [Спиркин А. Г., 1972]; осознание проблемы, ее разрешение и проверку результатов [Пономарев Я. А., 1976]. Я. А. Пономарев цитирует старых авторов, разделявших творческий процесс на возникновение идеи, ее доказательство, реализацию [Блох М. А., 1920]; накопление фактов путем наблюдений и экспериментов, возникновение идеи и фантазии, проверку и развитие идеи [Левинсон Ф. Ю.,

1923]; период интеллектуальной готовности, усмотрение проблемы, зарождение идеи, формулировку задачи, поиск решения, превращение принципа в схему, техническое оформление в развертывании «изобретения» [Якобсон П. М., 1934].

Интуиция, интуитивное озарение и творчество. Категория «интуиция» занимает особое место в нормальном творческом процессе и в патологическом творчестве. Диапазон мнений по поводу понятия «интуиция» простирается от полного отрицания существования этого понятия до придания ему основополагающей роли. Принято выделять «интеллектуальную», чувственную, инстинктивную, непосредственную (в отличие от логического, опосредованного познания), бессознательную, неосознаваемую «познавательную», «стратегическую» интуицию, а также интуицию чистых, логических форм.

Под интуицией (лат. — пристально смотреть) понимают «способность постижения истины путем прямого ее усмотрения без обоснования с помощью доказательства». Интуиция — это своеобразный тип мышления, когда отдельные звенья процесса мышления проносятся в сознании более или менее бессознательно, а предельно ясно осознается именно итог мысли — истина, поэтому интуиции бывает достаточно для усмотрения истины, но ее недостаточно, чтобы убедить в этой истине других и самого себя Для этого необходимо доказательство [БСЭ, 1972].

Некоторые психиатры признают «интуитивный момент» в качестве основного элемента в механизме творчества [Блох М. А., 1920; Левинсон Ф. Ю., 1923; Омельянский В. Д., 1923; Пушкин В. Н., 1967; Ратанова Е. А. и др., 1968, Тихомиров О. К., 1969], другие же отрицают существование интуиции [Полонский В. П., 1934; Рубинштейн С. Л., 1940, цит. по Пономареву Я. А., 1976].

Синонимами термина «интуиция» считают: «озарение», «просветление», «зарождение», «вынашивание», «неосознаваемые элементы мышления», «решение, возникшее в сфере бессознательного». Разные авторы под интуицией понимают: отображение подсознательной деятельности, преобладающей на начальных этапах творчества [Леонтьев А. Н., 1954; Сумбаев И. С., 1957]; случайную ассоциацию, эффект пересечения ранее не связанных событий [Кедров Б. М., 1969]; неожиданную, непроизвольно, без участия воли и рассудка, неизвестно откуда пришедшую мысль, способность постижения истины путем ее прямого усмотрения, без обоснования с помощью доказательства... Интуитивно постигнуть — значит догадаться, угадать, сообразить, «смекнуть» в чем дело ... Интуиция — эмоционально-рациональный процесс рождения идеи, возникающей в сфере бессознательного, наиболее гибкой, свободной от шаблона и рамок..., творческое вдохновение, сопровождающееся внезапным «озарением» новой идеей, рождающейся как бы от какого-то толчка изнутри, мгновенное решение задач, долго не поддававшихся сознательным усилиям, непроизвольные воспоминания о том, что казалось прочно забытым [Спиркин А. Г., 1972]; внезапное нахождение нового принципа решения или нового взгляда в проблемной ситуации, осуществляемое подсознательно..., «осознание» или процесс вербализации подсознательно и сознательно полученных результатов [Налчаджян А. А., 1980].

Интуитивный процесс включает несколько периодов, или родов: вначале обращение к чувствам и воображению; затем обобщение посредством индукции и, наконец, интуиция «чистого вида». Две первые не могут быть достоверны, а третья — бесспорна. Это идеи, которые становятся потом открытиями, приходят неожиданно, тогда, когда непосредственно о них не думают, и характеризуются внезапностью, краткостью, уверенностью в их правильности. Прежде всего поражает внезапность прозрения, с несомненностью свидетельствующая о долгой предварительной бессознательной рабо-

те, роль такой работы в процессе математического творчества представляется неоспоримой. Способы открытий могут быть логичными или интуитивными, а также смешанными и зависят от особенностей ума [Пуанкаре А., 1983]; интуиция развивается в процессе деятельности человека, выступая как некоторый «спрессованный опыт». В ней своеобразно соединяются образное и понятийное мышление [Ломов Б. Ф., 1984].

Все проявления интуитивного творчества встречаются в «творческих сновидениях» и при патологическом бредовом творчестве.

Творчество во сне и в сновидениях. Признание существования бессознательного, или подсознательного, или находящегося «вне сферы сознания», безусловно, целенаправленного творческого процесса подтверждает вероятность продолжения продуктивного творчества у спящего человека.

Частично объяснить высокую творческую продуктивность, отмечаемую во время сна, можно «подсознательной актуализацией» в этом состоянии событий и знаний прошлого опыта, сохранившихся в динамической, кратковременной и долговременной памяти [Налчаджян А. А., 1980]. Такой актуализации способствует значительное уменьшение контролирующего влияния (критики), присущего бодрствующему сознанию. При этом во сне активное творчество — «творческие истоки» — не скованно, не ограничено степенью и возможностями получения ощущений и восприятий, поэтому в сновидениях лишенный слуха в течение многих лет слышит, а ослепший — видит. Иначе говоря, в сновидениях сознание, вырвавшись из-под контроля рассудочной оценки соответствия или несоответствия каждого нашего шага с воспринимаемым миром вещей, свободно играя, творит и характеры, и обстоятельства, и настроения, и чувства, а иногда новые идеи, новую музыку, новые стихи [Михайлов Ф. Т., 1976].

Одной из задач изучения загадочной, таинственной, подсознательной творческой деятельности человеческого мозга следует признать решение вопроса о наличии и степени подчиненности мыслительного процесса спящего человека законам формальной логики в той же степени, в которой им подчинено мышление в состоянии бодрствования. Кроме того, остается невыясненным, при каком «качестве сна», в какой его фазе наиболее активна подсознательная творческая деятельность. Обоснованно предположение, что творческий поиск происходит во время «быстрого» сна. Есть некоторые свидетельства первичного участия «быстрого» сна в процессах обучения. «Быстрый» сон тесно связан с процессами психологической защиты в условиях эмоционального стресса, конфликтов и т. д., что также можно связать с творчеством [Тихомиров О. К., 1976]. Чрезвычайная быстрота течения ассоциаций в состоянии сна подтверждается тем, что между воздействием причины пробуждения человека и самим пробуждением имеется очень короткий промежуток времени, в который может «вписаться» длительное пространное содержательное сновидение. Например, пробуждение

может быть вызвано звонком в дверь или чьим-либо криком. При этом между фактом внешнего воздействия, вызвавшим пробуждение (звонок или крик), и самим пробуждением проходит мгновение. Вместе с тем сновидение, наблюдающееся в это время, может иметь весьма содержательную фабулу. Так, разбуженный криком может видеть во сне, что на его жену напали бандиты, связывают ее, бьют, намереваются увезти и т. п.

На характер и содержание сновидений, помимо идеи или творческой задачи, предшествовавших сну, влияют представления и понятия, сохраняющиеся в памяти (подсознании), а также ощущения и восприятия, предшествовавшие засыпанию и сопровождающие сон. Все это питает возникающие подсознательно во сне или в сновидениях суждения и умозаключения, чаще причудливые, нелепые, но в отдельных случаях вполне последовательные, логичные, содержательные, творческие.

Особенности сновидений во многом зависят от глубины сна, т. е. степени изменения сознания. При поверхностном сне значительно чаще, чем при глубоком, можно установить зависимость сюжета сновидения и его развития от внешних причин (разговор, стук, звон), интероцептивных раздражителей (боль, переполнение желудка, чувство голода), содержания переживаний и направленности мыслей, предшествовавших сну.

В соответствии с изложенным предположения, касающиеся характера мыслительного процесса во время сна, значимости и обусловленности сновидений, можно представить себе в двух вариантах. Согласно первому из них, мышление во сне, его содержание, целевая направленность, словесное и образное оформление, возникновение ассоциаций, взаимозависимость между ними и сновидениями беспорядочны, случайны, не отражают каких-либо аналитико-синтетических функций, не соответствуют задачам, замыслам, появившимся в бодрствующем состоянии, не имеют с ними последовательной логической связи. Второй вариант — мыслительный процесс во время сна, протекая в сфере бессознательного, неосознаваемого (вне сознания), активен, целенаправлен, включает элементы анализа и синтеза, а смысл и сюжет сновидений имеют прямую последовательную связь с психической деятельностью во время бодрствования.

Многочисленные психологические исследования, исторические и литературные справки, наши клинические наблюдения подтверждают возможность обоих вариантов: нередко целенаправленное мышление во сне продолжается. Оно слагается из словесных и в большей степени, чем в состоянии бодрствования, образных компонентов. Осуществление его вне сознания затрудняет творческую направленность. Однако преимущественно образный характер и отключение рецепторных раздражений создают условия, облегчающие возникновение ассоциаций, поэтому иногда во сне и в сновидениях разрешаются творческие

задачи, казавшиеся неразрешимыми в состоянии бодрствования. Подчеркнем, что во сне могут разрешаться только творческие задачи, поставленные в состоянии бодрствования, в то же время возникать, ставиться, планироваться такие задачи в период сна, по нашему мнению, не могут. По-видимому, включение сновидений в течение физиологического сна в норме почти обязательно. Сновидения могут быть связными, последовательными, напоминающими интересный рассказ.

Весьма знаменательно, что указанные обстоятельства отметил еще А. Маттей (1829). Он писал: «Во сне одна низшая нервная система действует еще на мозг, и тогда действие оной ощущается гораздо более, нежели наяву, так как орудие мысления не развлечено чувствами, то живость идей, сосредоточивающихся в оном, оказывается в большей деятельности».

Истории известно много примеров продолжения во сне предшествовавшей ему мыслительной творческой деятельности. Например, Д. И. Менделеев очень долго не мог найти форму наглядного отображения принципа систематики химических элементов. Утомленный длительными и бесплодными поисками этой формы, он уснул, а во сне увидел таблицу, которую, проснувшись, зарисовал.

Г. В. Сегалин (1928) считает всякое проявление творчества в сновидении «патологическим эпизодом». Он цитирует некоторых авторов, сообщавших о ряде подобных эпизодов, отмеченных в биографиях ученых, поэтов и др. Так, например, известному египтологу Генриху Бругш Паше, которому долго не удавалось расшифровать группу египетских письменных знаков, решение этой задачи пришло в сновидении. При проверке утром записи, сделанной им ночью в темноте с закрытыми глазами, он убедился в правильности своего открытия.

Г. В. Сегалин, ссылаясь на Грузенберга («Психология творчества»), Измайлова («Загадки Дионисия»), записки Смирновой, сообщает о следующих фактах:

итальянскому композитору Тартини приснился дьявол, мастерски исполнивший сонату. Проснувшись, композитор записал ее, назвав «Сонатой дьявола»;

А. С. Грибоедов в 1821 г. в сновидении рассказывал друзьям о плане и отдельных сценах якобы написанной им комедии. После пробуждения он записал приснившиеся ему план и несколько сцен первого акта «Горе от ума», издав всю пьесу через год;

Вольтеру приснилась первая часть сочиненного им в дальнейшем произведения;

А. С. Пушкин говорил, что ему иногда снятся «дивные стихи». Два из них, которые он считал лучшими, были записаны после пробуждения.

Образ Мадонны Рафаэль увидел во сне. По мнению А. Г. Спиркина (1972), наибольшая творческая активность отмечается в дремотном состоянии или при пробуждении, когда сон уже неполный, но еще нет полного бодрствования. В связи с этим он считает правдоподобными сведения о том, что А. Эйнштейн «открыл» закономерности взаимозависимости между пространством и временем, будучи в состоянии, каким-то образом связанным со сном. По данным Ф. Т. Михайлова (1976), В. Маяковский долго и безрезультатно мучился в поисках «незатейливых слов», которыми можно сказать «о чувстве своем», и только в сновидении нашел необычной силы сравнение: он увидел «как солдат, обрубленный войною, ненужный, ничей, бережет свою единственную ногу».

Анализируя еще в 1970 г. психопатологические переживания Андрея Коврина, героя чеховского рассказа «Черный монах», мы обратили внимание на несоответствие картины этих переживаний известным клиническим описаниям галлюцинаторных синдромов. Объяснение этого несоответствия

оказалось достаточно понятным и убедительным: черный монах — его внешний вид — и основная канва рассказа Антону Павловичу приснились. В письме к Суворину от 25 января 1894 г. он писал: «Монах же, несущийся через поле, приснился мне, и я, проснувшись утром, рассказал о нем Мише». В воспоминаниях М. П. Чехова мы находим: «..Сижу я как-то после обеда у самого дома на лавочке, и вдруг вбегает Антон, как-то странно начинает ходить и тереть себе рукой глаза. Мы все уже привыкли к его «дерганьям» во сне и думали, что его опять дернуло. «Что, опять дернуло?»— спросил я «Нет»,— ответил он — Я видел сейчас страшный сон — мне приснился черный монах». Впечатление от черного монаха было настолько сильным, что брат Антон еще долго не мог успокоиться и много потом говорил о монахе, пока наконец, не написал о нем рассказа...».

По сведениям А. А. Горбовского (1991), принципы «закона индукции», созданные Карлгаузом, привиделись ему во сне; модель строения атома, составившая основу великого открытия Нильса Бора, ему приснилась. А. А. Горбовский описал также следующую историю. Археологу Г. Гилпрехту долго не удавалось прочесть длинный шумерский текст, сохранившийся на двух обломках агата, найденных во время раскопок. (Книга об этих раскопках была написана, но без расшифровки текста на кусках агата ее нельзя было публиковать.) Замучившись, ученый уснул и во сне увидел полную расшифровку текста.

Сновидения в известной степени отражают элементы психической деятельности в состоянии бодрствования, а также способность к интеллектуальному творчеству, в том числе патологическому. Вследствие этого анализ сюжетов и образов сновидений по аналогии с анализом бредовых переживаний и галлюцинаций может иметь диагностическое значение. Изучая сновидения психически больных, следует, однако, учитывать недостаточную достоверность, неточное соответствие рассказов о сновидениях действительно переживавшемуся во сне.

З. Фрейд (1913) пишет, что на основании сообщения субъекта нельзя судить о действительном содержании сновидения, так как воспоминание о сновидении чаще всего бывает «искажено памятью», нередко запоминаются, и то недостаточно надежно, лишь отрывки сновидений, и далее: ...все говорит за то, что наше воспоминание воспроизводит сновидение не только неполно, но и неверно, в искаженном виде. Таким образом, подобно тому, как мы можем сомневаться, действительно ли сновидение было таким бессвязным и расплывчатым, как сохранилось в памяти, так, с другой стороны, мы по праву можем сомневаться и в том, было ли сновидение таким связным, как мы его сообщаем, не заполнили ли мы при попытке репродукции все вовсе не существовавшие или созданные лишь забыванием пробелы произвольно избранным, новым материалом, не приукрасили ли мы сновидение, не «округлили» ли его.

Характер сновидений при отклонениях от нормальной психической деятельности нередко указывает на особенности мышления, его непоследовательность, наличие резонерства, склонность к паралогичным, символическим и бредовым построениям.

Оценка содержания сновидения, равно как оценка бредового или галлюцинаторного сюжета, часто позволяет судить о степени и особенностях снижения интеллекта больного, состоянии его критики и эмоциональной сферы. Диагностическое значение имеет тот факт, что указанное нарушение в отдельных иници-

альных случаях легче проявляется при анализе сновидений, чем при обследовании бодрствующего больного.

На основании нашего опыта можно предположить, что больные, страдающие острой спутанностью сознания, видят только бессвязные сны, а у больных с разорванностью мышления она отражается на сюжете сновидений. При олигофрении содержание переживаний больного во сне так же примитивно, как его переживания в бодрствующем состоянии.

Обычно сразу же после пробуждения восстанавливается критическое отношение к содержанию подавляющего большинства сновидений. Исключение составляют (помимо случаев суеверной трактовки снов) сновидения психически больных, у которых увиденные во сне образы переходят в гипнопомпические галлюцинации или галлюцинации в бодрствующем состоянии, а сюжет сновидений совпадает с бредовыми переживаниями периода бодрствования.

Бред как патологическое творчество. Между механизмом возникновения, постановки, разрешения интеллектуальных задач, составлением суждения и умозаключения, научным открытием, а также механизмом возникновения, развития, кристаллизации бреда (бредового умозаключения, «бредового открытия») существует достаточно определенная аналогия. Иначе говоря, можно найти много общего между нормальным творческим актом и бредовым (патологическим) творчеством. Эта мысль неоднократно возникала у психиатров еще в первой половине текущего столетия. Например, И. Г. Оршанский (1910) сомневался, действительно ли при всех психотических состояниях, сопровождающихся бредовыми идеями, последние являются продуктом ненормального творчества мозга или же в некоторых случаях бред находит только в мозге благоприятные условия для того, чтобы всплыть в сознании больного из той бессознательной области, где его зародыши обыкновенно находятся. Ф. Е. Рыбаков (1916) подчеркивает, что при научном и бредовом творчестве обязательны подсознательное развитие идей, эмоциональный настрой и неудовлетворенное (скрытое) тайное желание. Он отмечает, что содержание и построение бредовых идей больного во многом зависит от его творческих возможностей, так как чем богаче фантазия больного, его умственная жизнь и активнее его творческая сила, тем более ярок и логически последователен его бред, и, наоборот, чем беднее умственная жизнь больного, тем бессвязнее, отрывочнее и нелепее становятся обнаруживаемые им бредовые идеи.

По мнению Е. А. Шевалева (1927), стереотипная навязчивость одних и тех же идей, нередко возникающая в процессе нормального, интеллектуального творчества, сближает их с бредовыми идеями. Несколько иначе подходит к этому вопросу М. П. Кутанин (1929), рассматривающий психическую болезнь

в качестве возможного фактора, ведущего к освобождению «творческой потенции», в связи с чем болезнь служит как бы «ферментом творческого начала». По его мнению, паранойяльные бредовые формы наиболее близко соприкасаются с творческими линиями психической структуры. Позитивную роль патологии в механизмах научного творчества усматривает также Г. В. Сегалин (1928). Занимаясь изучением художественного и научного творчества многих известных авторов, он уделяет особое внимание анализу влияния или взаимовлияния разного рода психической деятельности на творческий процесс («эвропатологии» или «эвропсихопатологии»).

Результаты сопоставления отдельных элементов нормального (научного) и патологического (бредового) творчества легче всего осмыслить при изучении механизма бредообразования (глава 3).

Однако некоторые принципиальные моменты такого сопоставления следует рассмотреть в связи с категориями высшей психической деятельности.

Отсутствие достоверных научных знаний о сущности (анатомической, физиологической, биологической, физико-химической, энергетической) мыслительного процесса в норме и при патологии не может служить препятствием для установления взаимозависимости между отдельными ступенями процесса познания и нормальным или патологическим творчеством. При этом очень важно определить последовательность участия тех или иных форм познания в возникновении умозаключения (научного или бредового). Иначе говоря, необходимо установить, что является причиной и что — следствием: объективно или субъективно оцениваемые ощущения, восприятия, представления обусловливают то или иное умозаключение — религиозное, мифологическое, бредовое, научное или, наоборот, ранее возникшее мировоззрение соответствующим образом изменяет характер ощущений, восприятий и др.

В норме человек воспринимает, понимает, оценивает находящиеся вокруг предметы и происходящие явления с позиции его мировоззрения. Если указанная позиция необъективна, т. е. субъективна, извращена болезнью (бредовой концепцией), то окружающие больного предметы, явления, люди и их поведение воспринимаются с позиции, обусловленной этим извращением. Следовательно, в одних случаях речь идет о бредовом толковании извращенных ощущений, восприятий, представлений (составляющих иллюзии воспринимаемого и галлюцинации) и тогда можно говорить об «интерпретативном бреде», или бредообразовании на основе болезненных интерпретаций. В других случаях уже возникший «интеллектуальный» бред, нередко появившийся в виде инсайта и лишенный вначале каких-либо болезненных интерпретаций, приводит к толкованию происходящего вокруг с позиций сформировавшейся или формирующейся бре-

довой концепции. В этих случаях речь идет о бредовых интерпретациях.

По аналогии с приводящими к бредовой концепции разработками болезненных восприятий — иллюзий, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций — можно говорить об ошибочной посылке, ведущей при дальнейшей мыслительной работе (иногда достаточно логичной) к ложному умозаключению, ошибочной концепции, сверхценной идее. При психическом заболевании звеном творческого психического процесса, подвергающегося болезненному искажению, может быть подсознание, интуиция. У больных с бредовым озарением — инсайтом, возникающим в процессе подсознательной, интуитивной деятельности, бредовую интерпретацию происходящего вокруг правильнее рассматривать как следствие уже наступившего бредового озарения, а не как его причину.

Допустимо условное разделение феномена творчества на гуманитарное (живопись, поэзия, проза, ваяние, создание музыки) и научное (в области математики, физики, естественных наук и др.) творчество. В соответствии с этим интеллектуальный по В. Х. Кандинскому, или интерпретативный, бред, являясь следствием патологической продукции расстроенного мышления, по своей структуре ближе к научному творчеству. В то же время чувственный, образный бред более сопоставим с художественным творчеством.

Так же как научное творчество начинается с момента постановки творческой проблемы — творческой задачи, бредовой процесс начинается с появления бредовой установки. Поставленная сознанием научная задача при переходе в сферу неосознаваемого усиливается — сублимируется, приобретает большую энергию решения. Соответственно этому зреющая «бредовая готовность» приобретает в сфере неосознаваемого большую силу развития, иногда приводящего к скачку бредового озарения. Этот тезис соответствует сказанному З. Фрейдом о том, что ... «влечения, загнанные в подполье бессознательного», сублимируются и превращаются в стремление.

Одни научные открытия, за исключением редких случаев (научной находки», вроде открытия В. К. Рентгеном (1895) особых лучей, могут быть следствием осознанного длительного поиска, неоднократных проверок возникающих теорий, разработки отдельных суждений. Другие открытия, как ранее отмечалось, происходят неожиданно для самого автора, «из неосознаваемой сферы», в виде озарения. Бредовая идея также иногда возникает из подсознания в результате «озарения», подвергаясь в дальнейшем разработке, кристаллизации, или зарождается, постепенно проходя стадии «бредового настроения», «бредовой готовности», «бредовой установки», накопления оцениваемых по-бредовому фактов, «бредовых суждений», приводящих к бредовой концепции — бредовому умозаключению.

Научное исследование, начинающееся с постановки научной задачи, как считает К. А. Тимирязев (цит. по Чернышевой Т. А., 1983), состоит из трех этапов: интуиции, доказательства и эксперимента. При этом интуиция может быть результатом случайной находки, длительной проверки разработанной гипотезы и озарения.

Механизм бредообразования имеет известное сходство с двумя вариантами механизма научного открытия. К первому из них относится «механизм научной гипотезы», в структуре которого «предположение» связано с недостатком информации, «ассоциация»— с «допустимым или возможным» в сознании больного. Ко второму — не гипотеза, не предположение, а убежденность, возникшая в виде «озарения» или основывающаяся на информации, в истинности которой у больного нет сомнений (появляющейся в результате интерпретации воспринимаемого).

Научные открытия, так же как мифы, рождаются на основе «массового сознания» [Чернышева Т. А., 1983] или, вернее, «массовое сознание» ведет к их созданию. Бред появляется на основе субъективного сознания и направляется только этим субъективным сознанием. Исключение составляют некоторые формы «бреда околдования», в создании которого принимает участие «массовое сознание».

Механизм бредообразования ближе к механизму мифотворчества, чем к механизму научного открытия. От механизма мифотворчества механизм бредообразования отличается наличием субъективной убежденности. При этом в одних случаях мифотворчества имеется научное основание или привлекаются научные гипотезы, а в других миф оказывается только плодом фантазии субъекта. Бредообразование также в одних случаях основывается на исходных объективных посылках или реалистичных предположениях и подкрепляется логическими доказательствами, а в других — у бреда нет никаких объективных посылок, в его построении не участвуют логические доказательства.

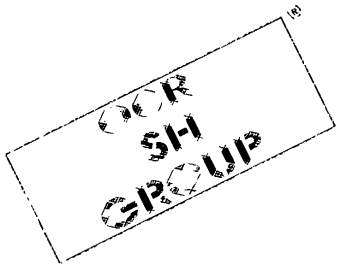
«Образ мира» использует при своем построении все достижения науки, включая научные догадки, гипотезы, и создается в общественном сознании, а следовательно, обладает наибольшей объективизацией [Чернышева Т. А., 1983]. Бред воплощается лишь в субъективном сознании больного, но для его построения в одних случаях могут быть использованы факты с их паралогичным осмыслением, а в других факты не используются.

Важным признаком, позволяющим отличить открытие от бреда, научную идею от бредовой, является эксперимент — проверка идеи практикой. В науке такая проверка основывается на строго научных принципах и предельной объективности эксперимента. При одних типах бреда степень убежденности больного столь велика, что он не нуждается в проверке бредовой идеи практикой, при других — «практическое подтвержде-

ние» составляет спонтанная бредовая интерпретация воспринимаемого и паралогичное рассуждение больного, при третьих — больной предпринимает нечто вроде практической проверки собственных бредовых убеждений. Однако такая проверка всегда субъективна и, следовательно, основывается на бредовой оценке результатов проверки. Кроме того, сам «эксперимент», предпринятый для проверки, имеет паралогичные основы.

Безусловное различие между нормальным и патологическим творчеством состоит в более адекватной и прямолинейной зависимости динамики творческих возможностей в норме от естественно наступающего интеллектуального снижения и отсутствии такой зависимости при психических заболеваниях. Так, при нарастании церебрального атеросклероза творчество ученого обычно постепенно и равномерно, но неуклонно снижается. При психическом заболевании в исходных состояниях бредовые идеи утрачивают тенденцию к развитию, теряют сюжетное многообразие, фантастичность, гиперболичность. Однако нередко неожиданно интерпретативные механизмы бредообразования возобновляются на «развалинах» конфабуляторного бреда, что свидетельствует об активации резервов патологического творчества, обычно отсутствующих в норме.

Таким образом, изучение процессов возникновения (образования) сверхценных идей, навязчивых состояний, бреда может способствовать пониманию сущности нормального мышления — нормальной интеллектуальной деятельности человека.



Глава 2

Клинико-феноменологическое исследование бреда

Сложность психопатологического изучения психотических состояний, определяемых термином «бред», связана прежде всего с принципиальным различием клинических форм, обозначаемых этим термином. Так, можно говорить о: «бредовом симптоме»— «очаговом», или «осумкованном», бреде; «бредовом симптомокомплексе (синдроме)»— паранойяльном, параноидном, парафренном, галлюцинаторно-параноидном и др.; бредовой нозологической форме, например бреде ревности алкоголика. Кроме того, сложность клинико-психопатологического анализа бредового феномена обусловлена рядом обстоятельств методологического характера:

а) параметры бреда условно можно оценивать раздельно «количественной» и «качественной» категориями. К первой относится установление степени отклонений от формальнологических суждений и умозаключений. Вторая отражает все психологические (патопсихологические) отличия от мыслительной деятельности здорового человека;

б) бредовой феномен необходимо оценивать комплексно — в статике, или «поперечном разрезе», и в динамике, или «в продольном разрезе», поэтому нередко предпринимаемое в психиатрии изучение бредовых форм психозов только в плане их развития оказывается односторонним, не отражающим всю сущность явления;

в) термины, которыми принято обозначать те или иные бредовые переживания больного (бредовые, паранойяльные, параноидные и др.), нередко рассматривают как синонимические, хотя в каждом конкретном случае они имеют самостоятельное психопатологическое и клиническое значение. При этом используемые значения указанных терминов в отдельных случаях противоречивы и не отражают их многогранности, полиморфности.

Подчеркнем, что речь идет о формальных методологических трудностях исследования бреда, а не вообще о непостижимости, непознанности и, быть может, непознаваемости существа нормальной мыслительной деятельности человека и ее нарушения в виде бреда.

Терминология бредовых проявлений психозов

В отечественной психиатрической литературе, главным образом XIX и первой четверти XX века, переплетаются, нередко смешиваются, приобретают одинаковое или различное значение многочисленные термины, используемые для обозначения нарушений психики, объединяемых в настоящее время понятием «бред». Среди таких терминов можно назвать русско-славянские — «сумасбродство», «умалишение», «сумасшествие», «безумие», «вязание», и вошедшие в русский язык латинские — «галлюцинации», «делирий», а также греческие — «мания» «паранея», «паранойя», «парафрозине», «параноид», «парафрения».

Отдельно следует рассмотреть больше всего интересующий нас русский психиатрический термин «бред». Этот термин в одних случаях идентифицируют с некоторыми из перечисленных выше (безумие, сумасшествие, вязание), в других применяют как подлежащее в сочетании с аналогичными по первоначальному смыслу латинскими или греческими терминами, употребляемыми как прилагательное (делириозный бред, паранойяльный, параноидный, парафренный бред), в третьих выделяют в качестве самостоятельного, имеющего собственное оригинальное определение (бред, бредить).

Весьма любопытно то, что современным российским психиатрам вполне понятно толкование, а также прямой дословный перевод латинских и греческих терминов и в то же время представляется нечетким толкование или почти неизвестна этимология русских, старославянских терминов.

Вместе с тем трудно формулировать психиатрическую дефиницию тех или иных терминов без понимания их смысловой сущности, поэтому на этимологии, толковании в разговорном языке и психиатрической дефиниции термина «бред» мы в дальнейшем остановимся подробнее.

Синонимы термина «бред» в русском языке. В отношении большинства синонимов термина «бред», применяемых или, скорее, применявшихся в русском языке, можно ограничиться лишь толкованием, поскольку в этимологическом разборе они не нуждаются.

Сумасбродство — «сумасбродный, безрассудный, лишенный здравого смысла, действующий по случайной прихоти» [Ушаков Д. Н., 1940].

Умалишение — «умалишенный, психически больной, сумасшедший» (Там же).

Сумасшествие — «потеря рассудка, безумие, умопомешательство» (Там же).

Безумие — «безумец — лишенный ума, поступающий против здравого рассудка» (Словарь церковно-славянского и русского языка. СПб., 1847).

Вязание — термин, мало известный современным российским психиатрам, применявшийся до 1910—1915 гг. в смысле «плести чепуху, вязаться за кем-либо, быть связываемому, т. е. вести себя и говорить непонятное, сходить с ума». Этот термин нуждается в этимологическом разборе. Он происходит от аналогичного используемого в разговорной речи слова, толкование которого приводится в старорусских словарях. Так, в Словаре Академии Российской (1806) указано: *вязаться,* связаться, вяжу́ся, вяжешься, свяжуся, свяжешься — спутываться веревкою, заключаться в узы, в путы, гоняться за кем или чем, сильно стоять за кого или что, силиться получить, присвоить или прицепляться к кому или за что. Почти то же самое можно прочесть в Словаре церковно-славянского и русского языка (1847):

вяза́ние (я) — действие связывающего ..., действие вяжущего; вязать — соединять концы, увивать веревкою или чем-либо другим, скреплять ..., лишать средств, действовать свободно, налагать духовное запрещение, не разрешать грехов, не прощать; вязаться — вяжусь, вяжешься, связаться, прицепляться, привязываться, вступаться в какое-либо дело; вязба́ (ы) — стар. — заключение в узы, содержание в тюрьме или под стражей; вязень (зня), стар.— колодник, узник, связень; вязить (зю), стар.— находиться в заключении, в узах; вязнуть (ну) — увязнуть, завязнуть, попадать в топкое, болотистое место.

Совершенно иначе происхождение и содержание термина «вязание» толкует Ю. В. Каннабих (1928), утверждающий, что этот термин имеет латинское происхождение, введен У. Калленом (1712—1790) и означает «отсутствие здравомыслия», а, следовательно, по смыслу мало отличается от русского толкования.

Латинские термины, по смыслу близкие к термину «бред». Многие авторы указывают на смысловое сходство терминов «бред» и «галлюцинации», поскольку вера в действительное существование галлюцинаторного образа, например «двухголового человека», аналогична уверенности (убеждению) в преследовании больного, например, «двухголовым космическим гуманоидом». В связи с этим среди толкований термина «бред» встречаются: «бредится»—грезится, видится, мерещится, чудится, кажется во сне или наяву, в беспамятстве или «бреженье», «бред»—картины или явления воображения, во сне или в бессознательности [Даль В., 1880]. В то же время среди характерных признаков галлюцинаторных переживаний обычно называют убежденность больного в реальности кажущихся образов, что характерно для бреда. Все это сближает латинский термин «галлюцинации» с русским термином «бред». Однако лишь некоторые из вариантов галлюцинаций (например, «истинные» или при помрачении сознания) можно отождествлять с бредом.

Приведенные соображения делают необходимым относи-

тельно краткое освещение истории термина «галлюцинации» и формулировку дефиниций основных вариантов галлюцинаторного феномена. Термин «галлюцинация» происходит от латинского «halucinary»— бредить. В сочинениях античного периода его используют в смысле «сумасбродство», «нелепый вымысел», «душевное расстройство», «болтать вздор, чепуху».

Значительно позднее к «галлюцинации», отождествляемой с «помешательством», стали относить в первую очередь психопатологические явления, которые мы теперь определяем как галлюцинации и иллюзии. Известный французский психиатр А. Эй, более 40 лет изучавший галлюцинации при психических заболеваниях, в капитальном труде «Трактат о галлюцинациях» (1973) указывает, что Фернель в XVI веке ввел термин «галлюцинации» для обозначения видения, связанного с болезнью роговицы.

Базельский врач Ф. Платер (1537—1614), приводя свою систематику душевных заболеваний, писал: «Помешательство (или галлюцинация), называемое также paraphrosine, состоит в том, что люди воображают такие вещи, которых нет...» (аналогично «восприятию без объекта»)...», или же о вещах, которые имеются налицо, высказывают извращенные суждения...» (аналогично «искаженному восприятию») «...и плохо помнят все вообще или отдельный какой-нибудь предмет, причем описанные расстройства наблюдаются у них в мыслях, или в речах, или в действиях» [Каннабих Ю., 1928]. К этому можно добавить, что, по сведениям А. Эя (1973), Ф. Платер называл галлюцинациями также диплопии.

Итальянский врач П. Заккиас (1584—1669) четко разграничивает «галлюцинацию» и «бред». Разделяя все душевные заболевания на «первичные», «вторичные» и «страсти», к первичным он относит манию (основные симптомы которой — ажитация и возбуждение) и меланхолию (тоска и неподвижность). Меланхолию он разделяет на ипохондрию с частичным бредом, ипохондрию без бреда и галлюцинацию без бреда [Каннабих Ю. В., 1928].

Выдающийся шведский естествоиспытатель и врач К. Линней, разработавший подробную систематику всех болезней (1763) и разделивший класс психических заболеваний на «болезни рассудка», «болезни воображения» и «болезни аффектов и влечений», отнес к «болезням воображения» syringmus — «ложное восприятие звенящего звука» и phantasma — «восприятие несуществующего зрительного объекта», т. е. в современном понимании — иллюзии и галлюцинации [Морозов В. М., Овсянников С. А., 1988].

В дальнейшем определение термина «галюцинации» уточняется и он приобретает самостоятельное значение. В упоминавшемся уже трактате о галлюцинациях А. Эй (1973) утверждает, что Ф. Буассье де Соваж (1767), ссылаясь на Ф. Платера,

включил понятие «галлюцинация» в свою первую группу помешательств, чтобы определить галлюцинации как «errores imaginationis salvo intellectu ad organorum externorum vitio» и галлюцинирующих как тех, кто «принимает свои ощущения (восприятия) за картину (т. е. реальность) и свои фантазии за ощущения». Таким образом, А. Эй считает, что Ф. Буассье де Соваж первым использовал термин «галлюцинации» в современном его понимании. К этому он добавляет, что Сагар и Девьен (1977) определили галлюцинации как «фантазии, происходящие от ошибок рассудка».

Отметим, что по существу одновременно английский психиатр У. Келлен (1712—1790), используя термин «галлюцинации» также в современном его понимании, разделяет меланхолию на симптомологические группы: с галлюцинациями, без галлюцинаций, с демономаническими идеями, с тоской по родине и т. д. [Каннабих Ю. В., 1928].

Знаменитый французский психиатр Ф. Пинель (1809) сообщает, что английский врач Дж. Кричтон (1798) рассматривал как «второй род вязаний иллюзии (hallucinations), которые состоят в ложных восприятиях (perceptions) внешних объектов, без других нарушений душевных способностей...». Сам Ф. Пинель уточняет основной признак обманов чувств. Он подчеркивает, что в «видениях... отсутствующие предметы часто принимают столь живой вид, что кажутся присутствующими». Последователь Ф. Пинеля психиатр из Женевы А. Маттей (1829) писал: «Призраки и ложные представления чувств повреждают ум только через недостаточное суждение о их существенности и принятие мечты за истину». Следовательно, он выделяет три свойства «признаков» (галлюцинаций), считая, что для них характерны:

а) обманы чувств, связанные с «повреждением» ума;

б) недостаточность суждения, т. е. нарушение критики;

в) принятие кажущегося («мечты») за истину, что сближает их с бредом.

Делирий, delirium (лат.) — бред, сумасшествие [Бурдон И. В., Михельсон А. Д., 1871]; delirium (от delirare) безумие: делирий — болезненный бред, бредовые идеи, бессмысленные разговоры, галлюцинаторные переживания; делириозный синдром, бредовое состояние — глубокое помрачение сознания, связанное с галлюцинациями, бессвязной речью и обычно с двигательным беспокойством (иногда доходящим до буйствования), наблюдающееся при душевных заболеваниях, некоторых отравления, инфекциях, ранениях головы и др.; delusio, -onis (deludere, delusus — обманывать): делюзия — обман чувств, навязчивые идеи, бредовые идеи (неверные, ложные мысли, ошибки в суждениях и умозаключениях, возникающие на почве болезни) [Арнаудов Д., 1964]; делирий — вид помрачения сознания, проявляющийся ложной ориентировкой в окружающем,

сценоподобными зрительными, реже — слуховыми галлюцинациями, яркими бредовыми представлениями, двигательным возбуждением [Энциклопедический словарь, 1979].

Греческие термины, по смыслу близкие к термину «бред». *Мания*, mania (греч.) — полное помешательство, без обманов чувств, с правильным восприятием окружающего и только нелепыми, ошибочными, суждениями [Аретей, I век]; бред изобретений, влюбленности, ревности [Платер Ф., 1537—1614]; липемания — мозговая болезнь, характеризующаяся частичным хроническим бредом без лихорадки, с аффектом печали, бессилия, подавленности, и мономания, при которой бред ограничивается одним предметом или их небольшим количеством [Эскироль Ж., 1772—1840; Каннабих Ю. В., 1928].

В психиатрической литературе первой четверти XX века термин «мания» имел два значения, отличавшиеся друг от друга (в разговорном языке и на письме) различной расстановкой ударений. В одних случаях термин «мания» использовали как синоним термина «бред»— «ма́ния величия», «ма́ния преследования», «ма́ния ущерба» (теперь принято говорить «бред величия», «бред преследования», «бред ущерба» и др., хотя слово «мания» встречается и сейчас в художественной литературе и обывательской разговорной речи). В других случаях термин «мания» характеризует дистимическое расстройство, противоположное депрессии,— «гипомания», «маниакальное состояние», и используется в этом смысле до настоящего времени. В наши дни термин «мания» используют в некоторых словосочетаниях в случае необходимости отличить обсессивно-фобический синдром от бреда, например когда речь идет не о страхе заражения сифилисом — сифилофобии, а об убежденности в заражении сифилисом — бреде болезни.

Паранойя, paranoia (греч.) — безумие (от para — при, около, изменение + voos noos — ум, мысль, разум, от voew noeo — мыслить) — психическое заболевание, характеризующееся систематизированными бредовыми идеями при нередко осмысленном и правильном поведении больного, но без критического отношения к своему состоянию; по Д. И. Ушакову (1939), термин «паранойя» обозначает неизлечимую душевную болезнь, характеризующуюся «своеобразной» бредовой переработкой жизненных впечатлений.

Парафрения, греч. парафренезия (para — около, phrenus — мозг) — особое бредовое состояние, сопровождающееся нелепыми, часто систематизированными идеями величия.

Следует отметить, что в современной психиатрии все еще продолжаются «остаточные дискуссии» о признании или непризнании «паранойи» и «парафрении» в качестве самостоятельных заболеваний. Однако в большинстве публикаций зарубежных и отечественных психиатров эти термины обычно исполь-

зуют для обозначения паранойяльной, параноидной, парафренной стадий течения параноидной шизофрении или соответствующих синдромов (паранойяльного, параноидного, парафренного), встречающихся при различных психических заболеваниях. Клинической разработке материалов о перечисленных психотических состояниях основное внимание уделено в главах 4 и 5.

Этимология и толкование психиатрического термина «бред». *Этимологически* термин «бред», по мнению Я. А. Анфимова (1913), происходит от слова «бреду»— иду неуверенно. Так же толкуют этот термин «бреду (неуверенно хожу»— М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1937). Этимологическая связь между термином «бред» и производными от слова «бродить» следует из толкования этого слова В. Далем (1880). Он пишет:

бродить — ходить по разным направлениям, отыскивая что или без цели, шататься, склоняться, плутать, блуждать, едва ходить, тащиться, идти высокой травою, вязкою грязью, бродом, водою, сыпучим снегом; *...бродячий* — неоседлый, кочевой, шатающийся; *бродня* — праздношатательство, ходьба без дела туда-сюда; *брода, бродяга* — ходить без толку, без дела.

Аналогичные значения интересующих нас слов приведены в словарях славянских языков: «непръдбрьдолеч» «непроходимый и «бреду», «брести»)— медленно идти в определенном направлении, плестись (старорусское церковно-славянское); «breeky», brestu»— идти вброд или переходить вброд (словенское); «bredn, bristi» — идти вброд, идти через грязь, топь (чешское) и т. п.

Иное по существу мнение об этимологии психиатрического термина «бред» можно составить на основании материалов периодического издания Отделения этнографии Русского географического общества «Живая старина» (цит. по М. Фасмеру, 1957, 1986). Согласно этим данным, между психиатрическим термином «бред» и старославянскими словами «бродить», «брести» нет прямой этимологической связи. Обоснованием для такого утверждения служит ссылка на происхождение слов «бред», «бредина», означающих, например, в псковском разговорном диалекте дерево иву («бредовый»—из ивового лыка, «бредовики»— лапти из лыка бредины). То же можно прочесть в Этимологическом словаре славянских языков (1976): «bredina»— дерево, ива, верба, ветла, лоза. Опосредованный смысл подобной вербальной расшифровки состоит в этимологической связи слова «бред» с тем, что «бредина»— ива растет на сырых местах, стоит в воде, «бредёт», «бродит». Отсюда упоминавшееся выше толкование термина «бред» как брести в воде, топкой грязи, в сыпучем снегу, по бездорожью, в потемках, в тумане и т. п. Напомним, что аналогичные или близкие выражения встречались среди различных толкований термина «вяза-

ние»— вязнуть увязнуть, завязнуть, попасть в топкое, болотистое место.

Таким образом, мы, вопреки суждениям А. Я. Анфимова (1913), М. О. Гуревича, М. Я. Серейского (1937), полагаем, что психиатрический термин «бред» связан лишь частично со словами «брести», «бродить», поскольку сами эти слова этимологически зависимы от существительного «бредина», обозначающего дерево иву. Это дерево растет в воде, в топком месте, что затрудняет подход к нему. Отсюда понятие «идти к дереву — бредине, ходить вокруг или около нее, идти мимо нее» определялось словами «бродить, или вброд, брести». Иносказательным переносом для характеристики поведения людей можно считать также происходящие от существительного «бредина» слова «бредить» и «бред», ставшие затем психиатрическими терминами.

Терминологическое обозначение переживаний, которые мы называем бредовыми, в психиатрической литературе в большинстве европейских стран осуществляется с привлечением перечисленных ранее латинских и греческих терминов, а также оригинальных терминов, употребляемых только в конкретном языке. При этом разным терминам не всегда придают одно и то же значение. Так, П. Пишо (1982) отмечает, что термин (delirant) — «бредовой», используемый французскими психиатрами, соответствует употребляемому в современной английской психиатрии термину «параноидный» (paranoide), который точно не переводится на французский язык. Однако в каждом языке имеются слова, соответствующие по смыслу русско-славянским «бред», «бредовой», Так, в немецком языке употребляется слово «wahn», в английском — «rave», во французском — «resver», «raver», «rever». Сбово «wahn», имеющее в современном языке значение «болезненное воображение», восходит к индогерманскому глаголу oene — искать, в готском языке пишется gawinnen — мучиться, страдать, в староанглийском, и в средне- и верхненемецком vinnen — мучиться, страдать, бороться, добиваться, в среднем и старом верхненемецком существительное wahn — мнение, надежда, подозрение. Предположительную этимологию слова «rave» дают Краткий оксфордский словарь и словарь Уебстера (значения слов цитируются по данным словарям и по Большому англо-русскому словарю под ред. И. Р. Гальперина, 1972 г.).

Приводимый ниже синонимический ряд выписан из английского словаря синонимов: rav [reiv] (сущ. этимология не ясна, вероятно, от фр. resver, raver, rever — бред, бессвязная речь, бредни или рев (ветра, моря), неистовство стихии. В американском жаргоне rave — влюбленность, увлечение или расхваливание (rave, revieros — восторженные отзывы о спектакле, книге и т. п.); raving [reiving] (отглагольное сущ., обычно во множ. числе)— бред, несвязные речи, галлюцинации (raving of a madman — бред сумасшедшего) или неистовство, рев (бури и т п.); raving (прилаг.) — бредовый, бродящий, находящийся в бреду или буйный, неистовый; raving lunatic (mad)—

буйно помешанный; rave (глагол) — бродить, быть в бреду, говорить бессвязно (to rave in fever — быть в горячечном бреду, you are raving — что за бред!), или с предл. about, of — бредить чем-либо, восторгаться, восхищаться чем-либо (to rave about some body's beauty — восторгаться, восхищаться чьей-либо красотой), или с предлогами about, of, against — быть в исступлении, неистовствовать, бесноваться (to rave against one's fate — проклинать судьбу, to rave and storm — рвать и метать) и неистовствовать, бушевать, реветь, выть (о море, буре) Значения французских глаголов resvere, raver, rever: видеть сон; бредить, быть в бреду; мечтать, грезить о чем-либо; обдумывать, размышлять; бредить, нести чушь (разг.).

В дополнение можно привести синонимический ряд, относящийся к термину «raving»

idiocy — идиотия;

phrenetic — исступленный, неистовый, безумный; маниакальный; безумец, маньяк;

breny — безумие, бешенство, неистовство; безумная страсть, безумная мысль;

incoherence — бессвязность, несвязность, непоследовательность (in, of speech — бессвязная речь);

wandering — бред, бессвязная речь;

delusion — 1) мания, 2) галлюцинация, бред;

calanture of the brain — тропическая лихорадка с бредом.

Толкование термина «бред» и близких к нему по смыслу слов в русском разговорном языке издавно имеет достаточно определенное содержание. Так, согласно Словарю Академии Российской (1806), «бредить» — во сне или в беспамятстве произносить речи, не имеющие связи, бредить во сне, бредить в горячке, говорить что-нибудь неосновательное, пустое; «бредни» — вздор, пустошь, неосновательные речи; «бред» — замешательство в воображении у сонного или больного человека, сопровождаемое речами, связи не имеющими. В том же словаре и в упоминавшемся Этимологическом словаре славянских языков (1976) проводится сопоставление аналогичного толкования слова «бред» в разговорных диалектах славянских языков:

русское и украинское «бредить» — произносить в болезненной дремоте или во сне малопонятные, несвязные слова и речи, «бред» — бессвязные не всегда понятные речи больного во сне или в бессознательном состоянии, «бредни» — вздор, бессмысленные речи;

польское «bredric» — бредить, говорить в бреду или во сне, говорить ерунду, вздор;

чешское «brediti (bredit)» — биться в судорогах, завывать от злости или биться в падучей болезни, судорогах.

В Толковом словаре живого великорусского языка [Даль В., 1880] написано: бредить — грезить, видеть сон, видеть что-то во сне . . ., грезить наяву, в горячке . . ., молоть вздор по доброй воле, городить чепуху; бредится — грезится, «видится», мерещится, чудится, кажется во сне или наяву, в беспамятстве; бреженье, бред — картины или явления воображения, во сне или в бессознательности . . ., беспамятное состояние человека и бессвязные речи его; бредни — картины расстроенного воображения и несвязные, сумасбродные речи, замыслы, несбыточные за-

теи и задумки; бреда (псковское) — кто много бредит, городит чушь, вред сдуру, бредки — городить, бредить; бредень, бредня, бридня (новгородское) — враки, вздор, пустословие ..., врун, враль, бреда; бредить (тверское) — бередить, разбережать, вередить, мешать, не давать покоя; бредить (вологодское) — говорить скороговоркой, читать дьячком, бормотать, молоть.

Почти аналогичные определения даны в Толковом словаре русского языка под редакцией Д. Н. Ушакова (1935): бред — бессмысленная, бессвязная речь больного при бессознательном состоянии; бредить — говорить бессвязно и непонятно ..., говорить с уверенностью о том, чего нет ..., в сильном увлечении думать и говорить все об одном; бредиться — мерещиться, чудиться; бредни — нелепые мысли, страшные фантазии, вздор; сбрендить — сказать глупость или ложь, соврать.

Принципы подхода к определению термина «бред»

Любое определение того или иного термина, понятия, события неизбежно субъективно, так как оно не только опирается на теоретические знания и практический опыт автора, но и, главным образом, отражает его установку, позицию, часто философские взгляды. Все это в значительной степени касается такого понятия, как «бред». Указанным обстоятельством можно объяснить неоднозначность ряда дефиниций этого понятия. Однако следует признать вполне оправданным желание многих психиатров найти хотя бы условную наиболее приемлемую для разных школ формулу искомой дефиниции. Без такой формулы трудно достигнуть взаимопонимания при обмене знаниями о столь загадочном психопатологическом явлении, как бред.

Здесь уместно привести следующее мнение Х. Дельгадо (1971): «...Любая классификация или определение — это всего лишь результат соглашения между людьми, которые пытаются охарактеризовать то или иное лицо, место или событие, описывая несколько его элементов. Это как бы наброски, в которых можно исказить или опустить несущественные детали..., и вместе с тем любое определение следует рассматривать как что-то прочное, на что можно опереться в бурном море противоречий».

По мнению А. Н. Лука (1976), существует три типа определений:

а) содержательная дефиниция — раскрытие понятия через другие понятия;

б) операционная дефиниция — описание процедуры, позволяющее обнаружить или измерить определяемые явления;

в) перечисление свойств явления, его характеризующих, хотя сущность явления неизвестна и изменить его невозможно.

Мы к этому добавили бы лишь градацию дефиниций на «краткие» и «исчерпывающие». Первые опираются на основные,

главные признаки определяемого явления, вторые включают все или почти все элементы, свойства этого явления.

Анализируя многочисленные дефиниции термина «бред», можно усмотреть следующие, нередко противоречивые исходные позиции, на которых основываются формулировки, предлагаемые разными психиатрическими школами:

а) рассмотрение бреда в качестве следствия, результата изменения или нарушения сознания, «подсознания», «надсознания», «самосознания»— сознания собственного «Я»;

б) оценка бреда как отражения взаимного непонимания между субъектом и его окружением, микросредой, обществом;

в) оценка бреда как отражения изменений «внутреннего бытия», аутистических переживаний, питающихся «желаниями и надеждами», интуитивными стремлениями; формирование бреда на почве «патологического верования» и фактических стремлений;

г) понимание бреда в качестве явления, возникшего вследствие первичного нарушения интеллектуальной деятельности — мыслительного процесса;

д) оценка бреда в качестве явления, возникшего вследствие вторичного (после иллюзий, галлюцинаций и др.) нарушения интеллектуальной деятельности — мыслительного процесса;

е) признание главным свойством бреда наличие диссоциации между восприятиями (впечатлениями), суждениями и умозаключениями;

ж) характеристика бреда не только как проявления нового качества мышления, но также как количественного роста присущих нормальному человеку заблуждений, ошибочных посылок;

з) тенденция «психологизации» переживаний субъекта, приводящих к бредовому умозаключению;

и) попытка «механистического» совмещения разнозначных признаков бреда;

к) формирование бреда на почве «патологического верования» и фанатических стремлений.

Еще в конце XIX в. некоторые психиатры полагали, что определение понятия «бред» должно основываться не на его формальных феноменологических признаках, а на способе возникновения, т. е. механизме бредообразования [Попов Н. М., 1897].

Во многих руководствах по психиатрии, опубликованных в текущем столетии, вплоть до самых последних, принято различать понятия «бредовые идеи» и «бред». Указанные понятия отграничивал одно от другого еще Ф. Пинель (1829). Он под словом «бред», по-видимому, понимает, неистовство, связанное с потерей рассудка (т. е. сознания), и рассматривает всякий бред по аналогии с «лихорадочным бредом», отличая от него ложные идеи, которые возникают в отсутствие расстройства рассудка.

Однако в дальнейшем соотношение между понятиями «бредовые идеи» и «бред» формулируется иначе. Так, С. С. Корсаков (1901, 1913) пишет, что сочетание бредовых идей составляет бред, понятие «бред» может использоваться в двух вариантах: как сочетание бессвязности и бредовых идей или как сочетание бредовых идей. Следовательно «бредовые идеи» и «бессвязность» рассматриваются как симптомы, а бред — как симптомокомплекс — синдром. Термином «бред» называют сочетание, совокупность бредовых идей также Ф. Е. Рыбаков (1916), А. В. Снежневский (1983) и др.

Вместе с тем не все авторы согласны с разграничением дефиниций терминов «бредовые идеи» и «бред», считая эти термины синонимами [Гиляровский В. А., 1954]. Однако трудно возражать против уточнения В. В. Ковалева (1985), подчеркивающего, что систематизированный бред — это «совокупность бредовых идей, складывающихся в систему доказательств».

Различая понятия «бредовые идеи» и «бред», многие авторы приводят их раздельные дефиниции. В одних случаях указанные дефиниции формулируют кратко, лаконично с включением лишь главных, принципиальных признаков явления, а в других — перечисляют все элементы явления в их совокупности.

Формулировка дефиниций терминов «бредовые идеи» и «бред», как впрочем и ряда других терминов, от поколения к поколению психиатров заметно меняется. При этом нередко последующие изменения искажают смысл предыдущих, которые иногда повторяются по принципу «испорченного телефона». В связи с этим сопоставление дефиниций, предложенных в разные годы и разными авторами, мы считаем, безусловно, целесообразным, однако во избежание повторений приводим лишь наиболее четкие формулировки.

Бредовыми идеями называют: «нелепую идею, не соответствующую действительности, но в истине которой сам больной глубоко убежден» [Попов Н. М. 1897]; идеи, соответствующие болезненно ложным выводам [Корсаков С. С., 1901, 1913]; суждения и заключения, возникающие под влиянием болезненно измененной ассоциации при участии и с вовлечением в них индивидуального «Я», притом такие, которые больной не признает болезненными и которые не могут быть исправлены противоположными доводами [Мендель Е., 1904]; болезненно извращенные представления, не поддающиеся коррекции при помощи убеждений, и состояния, при которых больной лишается способности сопоставлять с ними свои и чужие знания, корригировать и подавлять их [Крепелин Э., 1910]; болезненно извращенные представления или немые мысли, не поддающиеся влиянию убеждения [Рыбаков Ф. Е., 1916]; неправильные представления, которые сложились не на почве недостаточной логики, а на почве «внутренней потребности» [Блейлер Е., 1920]; неправильные, ложные идеи и суждения, возникшие первично или вторично и обусловленные патологическими причинами [Осипов В. П., 1923]; такие идеи, источником которых является первичное патологическое переживание или необходимой предпосылкой которых служит изменение личности, т. е. все фальсифицированные суждения, обладающие следующими, не всегда резко выраженными, внешними признаками; высокой субъективной достоверностью, неизменяемостью под влиянием опыта и убеждений, несоответствием действительности [Ясперс К., 1923]; бо-

лезненно возникающие заблуждения, ошибки суждения, не поддающиеся исправлению путем логических доводов и других видов психологического воздействия, характеризующиеся субъективной уверенностью в их достоверности, неправильностью, иногда неясностью их содержания [Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1928, 1937]; возникшие на болезненной основе заблуждения, не доступные коррекции ни путем убеждения, ни каким бы то ни было другим образом, изменяющие отношение больного к окружающим, вызывающие страдание самого больного и других людей, становящиеся нередко общественно опасными [Гиляровский В. А., 1938, 1954]; идеи, возникающие на почве психического заболевания, характеризующиеся ошибочностью суждений и твердой уверенностью больных в их достоверности [Перельман А. А., 1957] и др

Бредом разные авторы называют: заблуждение рассудка, невозможность полных понятий о наружных предметах, необыкновенная сцепляемость идей, более или менее сильные нравственные потрясения [Пинель Ф., 1829, со ссылкой на Куллена]; явление, которое по своему происхождению и сущности тождественно безумным представлениям· оно появляется самопроизвольно с непормальным содержанием, независимым от воли, недоступно для критики и притом подчиняет себе сознание [Шюле Г., 1880]; результат бессознательного умозаключения, при котором остающиеся неосознанными посылки создаются болезненно расстроенной деятельностью головного мозга [Кандинский В. Х., 1880]; патологическое состояние психического органа, всегда сочетающееся еще с рядом симптомов [Попов Н. М., 1897]; расстройство в умственной, чувственной и волевой жизни, отражающее степень приспособленности к окружающим условиям — среде, как физической, так и социальной, составляющее нарушения психической координации — психическую атаксию. Это представление, не соответствующее окружающей действительности, не совпадающее с действительными фактами, не обнаруживающее логической связи между ними, являющееся непормальной реакцией, часто не гармонирующее с собственными мыслями и поступками больного, а также волевые акты, не соответствующие положению и даже интересам больного, не достигающие той призрачной мнимой цели, которая им преследуется [Оршанский И. Г., 1910]; реакция «рассуждающего больного», часто сохранившего интеллект, объяснения, истолкования патологических явлений, вызываемых органически обусловленным «психическим автоматизмом» [Клерамбо Г., 1927]; состояние, при котором больной «ясно и сознательно» оформляет свои умственные заблуждения, пользуясь силами интеллекта, для выражения своих инстинктивно-волевых стремлений, своих желаний, влечений, аффективных отношений к окружающим людям — своего характера [Кронфельд А. С., 1939, в согласии с французскими психиатрами, стоящими на позициях эскиролевского учения о мономании]; болезненно извращенное познание окружающего и собственной личности, а главное, взаимоотношения личности с окружающим [Кербиков О. В., 1949]; непонятный, не из чего не выводимый первичный синдром заболевания головного мозга, не связанный ни с какими переживаниями больного и не имеющий никаких истоков [Груле Г., 1951]; ложное убеждение, возникающее на болезненной основе и не поддающееся коррекции [Сухарева Г. Е., 1955]; проявление иррационального мышления, которому иногда присуща «мыслительная идиосинкразия» [Тайлер А., 1966]; состояние, при котором личность больного меняется и вся ее «критическая способность» направляется на «защиту» бредовой убежденности [Смит А. С., 1968]; «нарушение «психолингвистического» характера —«разрыв связи между означаемым и означающим» с глобальным изменением личности [Голдфарб С., Маор Д., 1972]; объективно ложное, обусловленное болезненными причинами суждение, возникающее у больного без адекватных внешних поводов, не поддающееся разубеждению и всегда вовлекающее личность больного [Смулевич А. Б., 1976]; ложное по содержанию убеждение, не вызываемое другими переживаниями, сопровождающееся безусловной уверенностью (признающееся больным априорно очевидным), прочно удерживающееся у пациентов с развитым интеллектом, несмотря на отсутствие связи с дальнейшими познаниями и объективной

реальностью, не поддающееся переубеждению и коррекции [Губер Г., Гросс Г., 1977]; первичное расстройство мышления, познавательной деятельности, состоящее в грубом противоречии с объективной реальностью и не поддающееся логической и суггестивной коррекции [Иванов В., 1981]; «совокупность идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием больного и некорригируемых при разубеждении и разъяснении» [ЭСМТ, 1982]; переживание, имеющее свой системно-образующий фактор и поэтому являющееся системным нарушением психики [Дереча В. А., 1982]; совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции [Блейхер В. М., 1983]; некорригируемое ошибочное понимание связей и отношений между явлениями, событиями и людьми или убеждение, не соответствующее действительности, искаженно ее отражающее, полностью овладевающее сознанием, становящееся, несмотря на явное противоречие с действительностью, недоступным исправлению, приобретающее свойство «априорной данности», не нуждающейся в обосновании [Снежневский А. В., 1983]; не соответствующие реальности представления и умозаключения, в ошибочности которых патологически убежденного в их правильности субъекта невозможно разуверить [Карпенко Л. А., 1985]; ложная непоколебимая уверенность в чем-либо, несмотря на несомненные и очевидные доказательства и свидетельства противного, если эта уверенность не присуща другим членам данной культуры или субкультуры [Психиатрический глоссарий США, 1988; цит. по Личко А. Е., 1989]

Мы сознательно привели раздельно формулировки дефиниций терминов «бредовые идеи» и «бред». Сделано это для того, чтобы передать с максимальной точностью мнения разных авторов, касающиеся указанных терминов. Известным дополнением к дефинициям этих терминов служат высказывания некоторых авторов, пытающихся провести дифференцированную оценку некоторых признаков бреда психически больного и соответствующих им переживаний психически здорового человека.

В. Гризингер (1872) указывает, что бредовые идеи отличаются от ошибочных суждений здоровых тем, что они полностью противоречат всем прошлым воззрениям больных, противостоят свидетельству чувств и рассудку, результатам проверки и доказательствам. П. М. Попов (1897) находит отличие между бредом и заблуждением в отношении идеи бреда ко всему остальному содержанию сознания и в отношении к бредовой идее самого субъекта, при этом он подчеркивает, что бредовые идеи никогда не являются единственным признаком болезни, в то время как заблуждение всегда сочетается со здоровой психикой и связано с логическим просчетом, неправильной оценкой восприятия или невежеством: здоровых можно разубедить в ошибке, больные недоступны никаким доводам логики.

В. П. Сербский (1912) отмечает, что бредовые идеи отличаются от заблуждений: иногда нелепостью, способом возникновения, возможностью переубеждений, их спаянностью с личностью больного или личными интересами, но главное различие — в способе развития этих идей и их источнике. В. П. Осипов (1923) считает, что бредовые идеи отличаются от заблуждений и ошибок суждения отсутствием критики и невозможностью коррекции, а от навязчивых идей — относительным постоянством, отсутствием тенденции к пароксизмальности, припадочности. М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1928) добавляют, что при навязчивых идеях субъект борется с патологическими представлениями, а при бредовых идеях он борется за них. В. А. Гиляровский (1938) видит отличие бредовых явлений от заблуждений вообще не в их содержании, а в механизме развития. О. В. Кербиков (1949) упоминает И. Леви-Валенси (1939), который, в согласии с французской психиатрической школой, «лишает» бред признаков самостоятельности, поскольку он

«растворяется» в других психопатологических образованиях и, в частности, «сливается» с галлюцинациями или интерпретациями, так как галлюцинации, по его мнению, это уже бред. А. В. Снежневский (1983), частично перефразируя высказывания других авторов, отмечает, что бред принципиально отличается от не соответствующих действительности, связанных с ошибкой познания умозаключений здоровых людей, при этом ошибочные умозаключения часто отстаиваются с исключительным упорством, обосновываются с непоколебимой убежденностью, и тем не менее их нельзя считать бредом.

А. Эй и соавт. (1974) не только формулируют сущность понятий «бред» и «бредовая идея», но также подчеркивают их принципиальную философскую структуру: термин «бредовое расстройство» слишком емкий, конкретный и одновременно очень расплывчатый. Слишком конкретный потому, что предполагает невозможность для индивидуума владеть собственной личностью, а очень расплывчатый потому, что его можно применить к большому количеству психических заболеваний, в некотором смысле — ко всем. Если под бредовым расстройством иметь в виду радикальное изменение отношений индивидуума с реальностью, то можно сказать, что оно — суть «душевное расстройство». Под реальностью при этом нужно понимать не только физический мир, но и мир человеческий — окружение, а также психический или внутренний мир субъекта. Таким образом, «Я» проявляется в том отношении, что объект, который устанавливает ценности и значимость реальности, связывает больного с его собственным миром. Эта связь в основном состоит из убежденности в значимости феноменов внешнего мира в меру их реальности для собственного «Я». Душевное расстройство «Я» состоит в инверсии отношений реальности, себя к своему миру, что, говоря по-другому, есть бред, но ни в коем случае не бред «бредового опыта», пережитый на регистре фиксированной активности, а бред «бредовой уверенности», бредовой идеи.

Бредовая идея в сознании больного формируется в виде правды и идеала, не соответствующего реальности. Бредовые идеи то слагаются в систему, то выражают фантастическую концепцию, то, наконец, представляют «непроходимый лабиринт». Бредовые идеи составляют темы, выражающие «переворот существования» бытия, т. е. отношения «Я» со своим миром (в одних случаях этот мир наполняется экспансивным желанием «Я», противоречащим реальности, в других «втягивается» в ограничение устремлений собственного «Я»). «Бредовая несдержанность собственного „Я“ проявляется в типичной бредовой идее величия». «Бредовые ограничения собственного «Я» выражаются в бредовых идеях отрицания мира, космического катаклизма, моральной недостойности, вины, в ипохондрических идеях и во фрустрации». В области мышления больного собственное «Я» теряет «свою собранность, свой секрет и свою власть (идеи влияния и обладания)». Тема бредовой идеи, сначала выражающаяся в действительной угрозе (бред преследования, отравления, постороннего влияния), целью которой является больной, составляет комбинацию как «экспансивности», так и «сокращения» собственного «Я».

Существующее в психиатрической литературе практически необозримое количество определений термина «бред», в одних случаях противоречащих друг другу, в других дополняющих друг друга, иногда обстоятельных, а чаще кратких, обусловливает желательность составления сводной дефиниции указанных терминов

Сводное определение термина «бред». Бред — это особое, болезненное проявление мыслительной деятельности человека, результат патологического творчества, при котором отсутствует причинно-следственная связь между фактом возникновения бреда и уровнем интеллектуального развития, но отме-

чается влияние указанного уровня на характер, особенности и содержание бреда. Сущность бреда заключается в специфическом или неспецифическом нарушении познавательных, ассоциативных и апперцептивных процессов, предопределяющих возникновение суждений и умозаключений, не соответствующих объективной реальности, пространству, времени и противоречащих в большинстве случаев основным законам формальной логики. Основное свойство бреда состоит в том, что он обычно занимает господствующее положение в сознании больного, абсолютно не поддается какому-либо логическому разубеждению, нередко, наоборот, укрепляющему бредовую убежденность больного и ведущему к творческой разработке «доказательств» правильности собственных умозаключений. Типичными признаками бреда являются неадекватная, паралогичная оценка информации, касающейся темы бреда, прогредиентная (в плане бреда) разработка этой информации, а также сопровождение собственных бредовых высказываний чувством особой их значимости и аффектом, часто адекватным бредовому умозаключению.

Дефиниции основных типов галлюцинаторных переживаний в их соотношении с бредом. При разных формах и вариантах галлюцинаторных феноменов отмечается разная степень их сближения с психотическими переживаниями, определяемыми термином «бред». Кроме того, ощущения и особенно восприятия, представления в виде различных иллюзий, галлюцинаций, возникающих при сохранном и помраченном сознании, нередко создают основу, «посылку» для развития бреда. В связи с этим при клиническом анализе любого бредового синдрома, включающего иллюзорные и галлюцинаторные переживания, очень важна их четкая всесторонняя дефиниция. Учитывая изложенное выше, уместно привести предложенные нами (1983, 1989) определения патологических расстройств процесса познания.

Иллюзии — это ошибочное, искаженное, извращенное, имеющее естественное или неестественное внешнее оформление, сопровождающееся большей или меньшей аффективной реакцией, субъективно-реперцептивное ощущение или восприятие объективно существующего предмета, явления или действия. Все иллюзии разделяются на возникающие при помраченном сознании и вне помрачения сознания, в связи с нарушением мышления и вне такого нарушения.

Истинные галлюцинации — это феномен, при котором кажущийся образ (слуховой, зрительный, тактильный и др.) возникает вне помрачения сознания, в отсутствие реального внешнего раздражителя; более или менее связан с предшествующим расстройством мышления и выражает это расстройство; проецируется в воспринимаемое пространство и ассимилируется им (вступает во «взаимоотношения» с реальными объектами); оценивается больным без критики, как действительно истинно существующий объект. Следовательно, к истинным можно условно отнести также галлюцинозы (кроме органических), элементарные функциональные и рефлекторные галлюцинации, возникающие вне помрачения сознания, и нельзя отнести фотопсии и акоазмы, органические галлюцинозы, эйдетические образы, образы сновидений и внушенные гипнотические галлюцинации, все галлюцинаторные феномены со-

стояний помраченного сознания, галлюциноиды и, конечно, псевдогаллюцинации, психические галлюцинации.

Органический галлюциноз характеризуется проекцией в представляемое или воспринимаемое пространство, но всегда без ассимиляции окружающей обстановкой; отсутствием реалистичности (часто в виде микропсий и зоопсий); добродушным отношением больного к видению.

Идеаторный галлюциноз отличается от органического экстрапроекцией только в воспринимаемое пространство, связью с окружающими объективными предметами; реалистичностью оформления галлюцинаторного образа, но без веры в его действительное существование (благодаря большей или меньшей критике) и более аффективной реакцией на содержание галлюцинаторных переживаний.

Псевдогаллюциноз бывает двух типов. При первом, встречающемся чаще, вербальные галлюцинации (в виде громких, отчетливых «голосов», слышимых «внутри головы», или зрительных образов, видимых в экстрапроекции, но «мозгом», а не глазами) возникают на фоне помраченного или существенно измененного сознания и патогенетически, патокинетически, хронологически связаны с указанным расстройством сознания. Зависимость псевдогаллюциноза этого типа от помрачения сознания в известной степени подтверждается и наблюдаемой трансформацией острого, развивающегося при нарушении сознания, вербального алкогольного галлюциноза в псевдогаллюциноз по мере нарастания степени помрачения сознания, при этом параллельно увеличению указанной степени вербальные галлюцинации переходят из экстра- в интрапроекцию. При псевдогаллюцинозе восстановление сознания сопровождается восстановлением полной критики к перенесенному и сочетается с состоянием мышления, которое отмечалось и до помрачения сознания. Выраженных чувств постороннего влияния (ксенопатическая проекция) или внешнего воздействия при псевдогаллюцинозе, как правило, нет, но наблюдается бредовая трактовка галлюцинаторных переживаний. Сюжет бреда, близкого по динамике к делириозному, всегда соответствует содержанию галлюцинаций, и по времени возникновения бред следует за ними.

Псевдогаллюциноз второго типа можно диагностировать крайне редко. Характеризующие его преимущественно вербальные галлюцинации также локализуются в интрапроекции, возникают вне выраженного помрачения сознания, но почти всегда вечером, ночью или в состоянии утомления и сонливости. При нем также отсутствует нарушение мышления до и после галлюцинаторного приступа. Он сопровождается сохранной критикой, которая может ослабевать при длительном хроническом течении психоза. Бредовая интерпретация вербального псевдогаллюциноза, отсутствующая более или менее продолжительное время, в дальнейшем может появиться, так же как это бывает при хроническом алкогольном вербальном галлюцинозе. Возникновение псевдогаллюциноза патогенетически связано с хронической алкогольной интоксикацией. Феномены этого типа отличаются от истинного галлюциноза только особенностями проекции галлюцинаторного образа.

Псевдогаллюциноз обоих типов, обладая, так же как и псевдогаллюцинации, навязчивостью, неотступностью галлюцинаторных образов, имеет большую, чем они, сенсорность (особенно при первом типе), сопровождается несравненно более неприятными субъективными ощущениями и выраженным аффектом, развитие его зависит от тяжести соматических нарушений.

Галлюциноиды — феномен, не получивший в клинической психиатрии всеобщего признания, что позволяет нам предложить собственное его понимание, согласно которому галлюциноидами следует называть неполные псевдогаллюцинации, т. е. феномены, занимающие промежуточное положение между истинными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Характеризуясь возникновением при непомраченном сознании и наличием интимной связи с патологией мышления, экстрапроекцией и наличием нечеткой зависимости от рецепторных органов, лабильностью и статичностью в пределах галлюцинаторного образа, они лишены естественности внешнего оформления, не имеют четкой локализации в пространстве, не ассимилируются окружающей обстановкой и больными обычно оцениваются как нереальные.

Таким образом, галлюциноиды, утратив основные свойства истинных галлюцинаций, не стали еще полными псевдогаллюцинациями. Это мимолетные, нечеткие, неясные «обманы»: тень или призрак, прошедший перед глазами, образ, фигура, видимые недалеко от глаз и исчезающие при попытке вглядеться. Это также неясный, нечеткий монолог или диалог — «голос» (невозможно разобрать, мужской или женский), слышимый извне, но без определенного содержания и локализации в пространстве.

Псевдогаллюцинации — психопатологический феномен, возникающий вне помрачения сознания (за исключением случаев продолжающихся псевдогаллюцинаций после возникновения онейроида), интимно связанный со стойким расстройством мышления, неразделимый с ним (иногда неотличимый от него), представляющий собою проявление, сенсориальную форму этого расстройства. Псевдогаллюцинации характеризуются субъективностью переживаний, интрапроекцией галлюцинаторного образа — зрительного, вербального, тактильного и др. или его экстрапроекцией в пространство, не связанное с объективным, иногда находящееся вне поля зрения. Они отличаются меньшей, чем при истинных галлюцинациях, яркостью галлюцинаторного образа, его неестественностью и отсутствием во всех случаях чувства объективности, реальности его существования, а также связи с объективной окружающей реальной обстановкой. Псевдогаллюцинации сопровождаются чувствами навязчивости, неотступности, насильственности, чуждости и, как правило (имеющее исключения), сделанности. Псевдогаллюцинаторные образы обычно появляются сразу во всех деталях, обладают стойкостью, непрерывностью, малой зависимостью от сознательного мышления и воли больного. Их возникновение воспринимается как нечто новое, аномальное и обычно сопровождается бредом [Кандинский В. Х., 1885].

Бред, сочетающийся с псевдогаллюцинациями, может по времени возникновения предшествовать им (тогда он необязательно связан с ними сюжетно) и появляться одновременно с псевдогаллюцинациями или непосредственно после них (в этом случае он чаще всего связан с ними сюжетно).

Психические галлюцинации, характеризуясь, так же как псевдогаллюцинации, насильственностью возникновения, чувствами чуждости и нереальности, имеют еще большие, чем псевдогаллюцинации, ограничения пространственной локализации вплоть до интрапроекции и связь (до слияния) с патологически измененным мыслительным процессом (при непомраченном сознании больного).

Если для возникновения псевдогаллюцинаций убежденность в «постороннем влиянии, внешнем воздействии, сделанности типична, но необязательна (встречаются исключения), то для психических галлюцинаций наличие такой убежденности обязательно (исключений не бывает). Кроме того, психические галлюцинации отделяет (но не принципиально отличает) от псевдогаллюцинаций их парасенсорность — отсутствие при них элементов сенсорности, т. е. связи с каким-либо из органов чувств.

Речедвигательные галлюцинации характеризуются автоматичностью и насильственностью, ощущением постороннего воздействия (включающим чувство чуждости) и ложным ощущением произнесения слов. В одних случаях наличие сенсорной окраски сближает речедвигательные феномены с псевдогаллюцинациями, а в других — в отсутствие какого-либо сенсорного сопровождения их следует рассматривать в группе психических галлюцинаций.

Галлюцинаторные феномены синдромов сновидного (ониризм, делирий) и сноподобного (онейроид) помрачения сознания составляют единое целое с бредовыми переживаниями, наблюдаемыми при этих синдромах, и поэтому они обычно рассматриваются совместно с ними.

Механизмы бредообразования

В проблеме бреда наиболее сложным, недостаточно изученным, но достаточно запутанным следует признать вопрос о механизме его возникновения, формирования, развития. Можно без

преувеличения сказать, что все психиатры, интересующиеся проблемой бреда, более или менее подробно рассматривают вопросы бредообразования. Многие психиатры занимались специально изучением механизма бредообразования.

В высказываниях некоторых авторов по поводу механизма бредообразования значительно больше сходства, нежели различий. Во избежание повторений приведем лишь некоторые из них. бред возникает как непосредственное выражение мозгового процесса тогда, когда он появляется в начале болезни и является единственным признаком психоза, при первичном бреде нарушается преимущественно рациональное, логическое познание — отражение внутренних связей действительности, а чувственное познание относительно сохранно [Гризингер В., 1866, 1867].

С. С. Корсаков (1901) причинами возникновения бредовых идей называет ошибочный вывод из действительной посылки, в частности неправильное толкование своего состояния (боль в животе — значит, рак; чувство тоски — значит, он ужасный человек, преступник); обманы чувств и их трактовку — «сенсориальный» чувственный бред; изменение физической чувствительности — парестезии, гиперестезии и др., «аллегоризация болевых ощущений;» первичные бредовые идеи, возникающие исключительно вследствие первичного расстройства в сочетании представлений, благоприятствующего ненормальным сопоставлениям идей и ложным выводам (они «являются в сознании как какие-то открытия, вдохновения, догадки»), такие идеи характеризуются интерпретацией происходящего вокруг и символикой, идеи, в основе которых лежат «умственная слабость или бессвязность сочетаний представлений, выпадание целых звеньев в ассоциационной цепи, вследствие чего возможны самые абсурдные выводы, как это бывает во время сновидений»; ускоренное течение представлений, в результате чего мысль становится поверхностной и критическая оценка снижается; «обманы памяти»— ложные воспоминания принимаются за действительность; «усиленное фантазирование»— неспособность критически оценить различия между фантазией и действительностью; нелепые идеи, иногда по содержанию соответствующие прочитанному или услышанному до болезни; «индуцированные бредовые идеи»— результат влияния или внушения.

По мнению В. П. Осипова (1916, 1923), в возникновении и развитии бредовых идей нередко участвуют расстройство способности отдавать себе отчет в происходящем вокруг; «нарушение деятельности сознания»; «болезненные эмоции», «аффективные реакции, принимаемое как откровение, неожиданное проникновение идей в сознание «из неосознаваемой сферы»; «ускорение течения идей», не позволяющее разобраться в них и прийти к правильному суждению; «нарушение течения ассоциативных процессов» с минимальным наплывом представлений, «шизофренической и астенической бессвязностью»; «слабоумие шизофренического или органического генеза»; «обманы памяти, ложные воспоминания, сонные грезы и сновидения, болезненное фантазирование, патологическая лживость»; галлюцинации и иллюзии — сенсорные или чувственные обманы различного рода, изменения кожной и мышечной чувствительности, а также ощущений, идущих из внутренних органов; навязчивые идеи и представления; влияние примера или внушения, подействовавшего на благоприятную почву.

Разные авторы дополнительно отмечают или подчеркивают, что в механизме бредообразования участвуют аффекты, характеризующие скорбь, разочарование или обиду, которые «тяжело переживаются сознанием» и могут служить «поводом» для развития сверхценных, близких к бреду, идей [Вернике К., 1900]; первичное нарушение эмоциональной деятельности [Шпехт Г., 1923]; расстройство интеллекта в результате его ослабления [Вестфаль К., 1871]; нарушения «общего чувствования», патогенетически связанные с характером органического страдания или конкретного соматического заболевания [Повицкая Р. С., 1949]; видоизмененное индивидуальное суждение о происходящем вокруг, не выходящее за рамки нормы при утрировании ре-

акции, связанном с «психической слабостью в широком смысле» [Груле Г., 1951]; патологическая реакция «на волнующие переживания» у лиц с особенно чувствительной, сензитивной эмоциональной сферой [Кречмер Э., 1918]; бредовое воображение дегенератов и психопатов, лабильное, не фиксирующееся прочно, поверхностное, зависящее от внешних факторов, «реализующееся с затаенными желаниями и страхами»; патологические внезапные мысли [Бирнбаум К., 1908, 1915]; тяжелые социальные эксцессы, приводящие к развитию паранойяльной симптоматики, характерной для «параноиков-борцов» [Визер С., 1969]; «измененный образ переживаний» и «психический образ ощущений» [Фелдман Г., 1989] и т. д.

Под механизмом бредообразования подразумевается динамическое соотношение всех факторов, предрасполагающих к образованию бреда, ведущих к его возникновению, обусловливающих непосредственную причину, «повод», «толчок» к такому возникновению («пусковой механизм»), способствующих или препятствующих образованию и дальнейшему развитию бреда.

Само по себе понятие «механизм бредообразования» может показаться несколько искусственным, надуманным, поскольку любой бредовой синдром не существует самостоятельно, а входит в структуру какого-либо соматического или психического заболевания: неизвестной природы (эссенциального), экзогенного, протекающего с помрачением или без помрачения сознания. Однако бредовой синдром может входить или не входить в структуру одной и той же болезни (например, сыпного или брюшного тифа, малярии, черепно-мозговой травмы, менингита и энцефалита, церебрального атеросклероза, психогении, прогрессивного паралича, шизофрении и т. д.) у разных больных. Поэтому вполне обоснованно ставить вопрос о целенаправленном изучении всего комплекса факторов, сопровождающих бредообразование. Изучение всего, что связано с причинами возникновения соматических и психических заболеваний, при которых возникает бред, в большей или меньшей степени возможно. Возможно также изучение механизма (патогенеза) дальнейшего развития уже возникшего бреда, его формирования, кристаллизации, систематизации, распада.

Неизвестны и практически не поддаются исследованию с помощью современных методов «пусковой механизм», самый начальный момент перехода нормального мыслительного процесса в патологический — бредовое мышление, а также факторы, способствующие или препятствующие активизации такого пускового механизма. Познание пускового механизма, начального момента бредообразования, или даже малейшее приближение к такому познанию могло бы стать предпосылкой к познанию сущности бреда. Однако, поскольку сущность бреда пока закрыта непроницаемой завесой, приходится довольствоваться поиском путей соответствующих исследований, накоплением и анализом клинических наблюдений.

При возникновении, становлении, формировании, развитии бредовых идей принимают или могут принимать участие, затра-

гиваются или могут затрагиваться, «заинтересованы» или «могут быть заинтересованы» следующие компоненты: нарушение, помрачение сознания (различной степени выраженности, глубины, длительности — мгновенное или мимолетное; эпизодическое или длительное; ундулирующее или континуальное; затрагивающее все или только некоторые психические функции и др.); нарушения интеллектуальной деятельности (при различных уровнях интеллектуальных способностей, или возможностей; врожденном или приобретенном слабоумии; возникшие на базе типичного или специфического органического процесса — травмы или нейроинфекции, сосудистых, и постинсультных нарушений, прогрессивного паралича, сифилиса мозга, алкогольной или наркотической интоксикации, отравления химическими или биологическими ядами и др.); эмоциональные или аффективные нарушения (острые стрессовые и хронические психогенные воздействия; аффекты страха, ужаса, злобы, ненависти и др.); физиологические нарушения чувственной, сенсорной сферы (ослабление или усиление ощущения, восприятия, представлений; изменение интероцептивных ощущений; периферические и центральные нарушения рецепторов и др.); психопатологическое нарушение чувственной, сенсорной сферы (иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации; патологические интероцептивные ощущения; сенестопатии, парестезии и др.); нарушение личностных самоощущений, самооценки, установок (образование комплекса несостоятельности, неполноценности, сексуальной недостаточности, социальной бесперспективности и др.); нарушение мыслительного процесса (непоследовательность; несинтонность, неадекватность ассоциативных процессов, ослабление или нарушение способности к синтезу или анализу, появление доминирующих, навязчивых или сверхценных мыслей и др.).

Те или иные механизмы бредообразования, так же как формы бреда, обусловлены преобладанием или взаимозависимостью перечисленных основных факторов, сопутствующих возникновению бреда (определенный равнодействующий «набор факторов», включающий не все из них).

По-видимому, несколько проще подход к изучению различий механизмов возникновения (этиология) бреда и закономерностей его дальнейшего развития (патогенез) у больных с помраченным и непомраченным сознанием. В подобных случаях теоретически допустимы предположения об отсутствии зависимости этиологии и патогенеза бреда от состояния сознания или наличии такой зависимости в отношении только этиологии или только патогенеза.

Значительно сложнее изучение этиологии и патогенеза бреда в тех случаях, когда его возникновение и развитие не сопровождаются помрачением сознания, но различны типы бреда и нозологические формы заболеваний, включающих бредовые явления. Здесь возможны следующие варианты взаимозависи-

мости между непосредственной причиной заболевания, «пусковым механизмом», закономерностями развития, типами и нозологическими формами бреда:

а) непосредственная причина возникновения бредового психоза, «пусковой механизм» и закономерности развития бреда различны при разных типах бредового феномена и разных нозологических формах;

б) при одинаковых непосредственных причинах бредового психоза механизм возникновения бреда и закономерности его развития различны;

в) при одинаковых закономерностях развития бреда, типах бредового феномена и нозологических формах различны «пусковые механизмы» возникновения бреда;

г) «пусковой механизм» образования бреда — во всех случаях одинаков и не зависит от причины бредового психоза, его формы, типа бреда и закономерностей его развития.

Главным, определяющим предмет дискуссии по проблеме бреда справедливо признается вопрос о правомерности его разделения на так называемый первичный и вторичный. Пытаясь ответить на данный вопрос, некоторые авторы смешивают категории этиологии бредового психоза, непосредственной причины, момента возникновения бреда и его патогенеза, дальнейшего развития. В частности, М. И. Вайсфельд (1936) считает, что первичные бредовые идеи не имеют никакого психологического основания и не связаны ни с мышлением, ни с галлюцинациями, ни с характером больного. У первичных бредовых идей нет психогенеза. С этим в известной степени перекликаются соображения Е. И. Терентьева (1981), считающего неправильным мнение о том, что бред возникает на патологической основе, поскольку он сам суть патологическое явление, представляющее собой не психическое заболевание, а патологический сдвиг суждения, обусловленный, по Ю. Ф. Полякову (1971), поражением «мозгового субстрата». Вместе с тем представление об этиологии бреда неотделимо от представления об этиологии психического заболевания, при котором он наблюдается. Бред всегда следует рассматривать только как этап проявления расстройства психики человека. Бредовой синдром в одних случаях возникает на какой-либо из стадий психического заболевания, а в других служит синдромом, возникающим в начале психического заболевания. Следовательно, этиологическим оказывается фактор, вызвавший болезнь, бред же — это одно из проявлений этой болезни. Такому утверждению не противоречит тот факт, что в клиническую картину некоторых психических заболеваний бред входит обязательно, являясь основным симптомом болезни. При других заболеваниях бред может входить в клиническую картину или отсутствовать. Точно так же представление о развитии бреда неотделимо от представления о патогенезе психического заболевания, в структуру которого он входит. Бред раз-

вивается не самостоятельно, а постольку, поскольку развивается болезнь.

В соответствии с этим достаточно обоснован тезис Р. Я. Вовина (1959) о трех направлениях изучения бредообразования в структуре шизофрении: противопоставление «первичного», «шизофренического» бреда бреду «психологически понятному, синтетически аффективному;» рассмотрение бреда как следствия различных ситуаций, возникавших в преморбиде; рассмотрение бреда в свете физиологических механизмов без отрицания иных факторов. В. А. Дереча (1978) отстаивает концепцию «психоцеребральных уровней генеза бреда». «Пусковой механизм» бредообразования он видит в «патологическом опережающем отражении», т. е. в патологической реакции, возникшей при «отражении» внешних факторов. Несколько раньше Ф. И. Мелгес, А. М. Фримен (1975) предлагают «кибернетическую модель» образования бреда преследования. Согласно этой модели, на формирование идей преследования влияет взаимодействие между подозрительностью, «паранойяльной готовностью» и угрозой утраты способности контролировать собственное поведение и поведение окружающих, что ведет к образованию идей преследования. В какой-то степени соображения этих авторов совпадают с высказываниями П. Гиро (1968), который понимает бредообразование в психоаналитическом плане как следствие трансформации аномалий инстинктивных переживаний в бред.

Трудно перечислить все элементы мозговой деятельности, «предпосылки», предрасполагающие моменты, внешние и внутренние факторы, разнообразные воздействия, с которыми те или иные авторы связывают механизм бредообразования. В одних случаях это преморбидные особенности личности, в других — особенности строения и функционирования мозговых центров и систем, в третьих — факторы, которые действительно можно рассматривать в качестве «предпосылок» к бредообразованию: структура личности, конституция, психологические особенности; преморбидные особенности и предпосылки к бреду; соматические и психоорганические моменты, располагающие к бредообразованию; дополнительные условия и факторы, способствующие возникновению бреда; сознание, подсознание, самосознание и бредообразование; ощущения, восприятия, представления, воображение и бредообразование; интеллект, мышление, понятие, суждение, умозаключение и бредообразование; внешние, экзогенные, психогенные, средовые, ситуационные факторы, непосредственно предшествующие бреду; эмоциональные, аффективные факторы, непосредственно предшествующие бреду: соматогенные факторы, непосредственно предшествующие бреду; различные состояния, предположительно трансформирующиеся в бред; нозологические формы психических заболеваний и бред; характеристика, форма, свойства, тема, содержание возникшего бреда и фактора, участвовавшего в бредообразовании; пути, этапы, периоды, способы развития бреда.

Все перечисленные моменты, с которыми так или иначе связан процесс бредообразования, можно объединить в четыре условно самостоятельных подраздела: преморбидные факторы и обстоятельства, предшествующие возникновению бреда; элементы идеаторной базы образования бреда; факторы, побуж-

дающие к возникновению бреда; форма, свойства, тема, содержание возникшего бреда и его зависимость от факторов бредообразования.

Преморбидные факторы и обстоятельства, предшествующие возникновению бреда. Понятием «преморбидное состояние» объединяются эндогенные — генетические, личностные, конституциональные, и экзогенные — соматические, психоорганические, психогенные, социальные, а также психологические факторы, предшествовавшие началу заболевания. Однако бредовая симптоматика может сопутствовать началу, дебюту, заболевания, но может возникать также на разных его этапах. Во втором случае между началом заболевания и возникновением бреда проходит более или менее продолжительный период, не включающийся в понятие «преморбид». В течение этого периода, так же как в преморбиде, могут действовать различные (известные или неизвестные) факторы, препятствующие или способствующие возникновению бреда. Вместе с тем многочисленные исследователи, изучающие «бредообразующие факторы», не всегда подразделяют их на действующие в преморбиде, т. е. до начала болезни, и непосредственно перед возникновением бреда, а также не всегда строго разграничивают в анамнезе те или иные факторы, например, конституциональных, приобретенных личностных — с психологическими, психоорганических — с экзогенными и т. д. С ведущей ролью «структуры личности» в бредообразовании соглашаются не все психиатры.

В. М. Морозов (1934), ссылаясь на Е. Странски (1913), отрицает значение особенностей личности в возникновении бреда, поскольку он «примарен», появляется «по случайным причинам, малосущественным для личности», невыводим психологически О. В. Кербиков (1946) склонен согласиться с Г. В. Груле, который признает самостоятельное, независимое от всей структуры личности существование бреда и предлагает термин «бредовые функции». Б. А. Лебедев (1966) подвергает критике психиатров, связывающих механизм бредообразования только с личностными особенностями психической деятельности, рассматривающих бредовые симптомы как переход личности в субъективную реальность бреда. По его мнению, эти психиатры, как и З. Фрейд (1911), связывают бредообразование лишь с глубинными структурами личности и игнорируют роль органических изменений мозговой коры.

Дополнительные, помимо конституциональных и личностных, преморбидные, соматические, психоорганические, социальные факторы, по мнению многих авторов, необходимо рассматривать в качестве важных элементов механизма бредообразования.

Еще Ф. Пинель (1809, 1829) среди причин душевных болезней (безумия, т. е. бредового состояния) называет первоначальное или наследственное предрасположение; превратное воспитание; неправильный образ жизни, ведущий к нарушению психики; сильные и внезапно действующие, озлобляющие, угнетающие или возбуждающие страсти; меланхолическое или сильное напряжение понятия; физические причины. С. Г. Жислин (1940) отмечает, что

фактором, облегчающим возникновение острых параноических реакций, является измененная почва, ослабленная соматическими заболеваниями, истощением, бессонницей, черепно-мозговыми травмами, т. е. повторяет сказанное до него Ф. Пинелем более 150 лет назад. П. Б. Ганнушкин (1904), Т. А. Гейер (1923, 1925), А. Н. Молохов (1934) к факторам, способствующим возникновению бреда, добавляют неблагоприятное влияние внешней среды. Г. Губер и Г. Гросс (1977) перечисляют способствующие возникновению и «фиксации» бреда дополнительные преморбидные факторы, относя к ним интравертированность, робость, стремление к одиночеству, боязливость, впечатлительность, недостаток гибкости и приспособляемости к внешней среде. Б. Д. Златан (1989) в качестве предрасполагающих к развитию бреда называет иные свойства преморбидной личности: повышенное чувство собственного достоинства, гордость, самолюбие, стремление быть в центре событий, чрезмерная активность и т. д.

Весьма важной для возникновения бредового психоза признавалась и признается «база», на которой возникает этот психоз. Такую «базу» прежде всего составляют врожденные конституциональные и приобретенные особенности личности. Если конституциональные типы достаточно четко обозначены еще Э. Кречмером (1918, 1919), его учениками и последователями то понятия «личность», «структура личности», «особенности личности» для психиатрической трактовки недостаточно определены и расплывчаты. Нередко суждения о большем или меньшем влиянии структуры личности на механизм бредообразования по существу совпадают с мнениями о значении в возникновении бреда конституциональных особенностей, поскольку, как отмечалось выше, понятия «структура личности» и «конституция» можно разделить лишь формально: под структурой личности обычно понимают врожденные и приобретенные полиморфные особенности психики, конституцией называют генетически обусловленные, врожденные, составляющие конкретную систему психические и физические качества.

Э. Крепелин (1912, 1913) считает важными для возникновения и развития паранойи наследственные, конституциональные, преморбидные факторы Э. Кречмер (1919) подчеркивает значение в бредообразовании характерологических, конституциональных особенностей личности. Разделяя все характеры на экспансивный и сензитивный, он различает примитивную, стеническую, сензитивную, астеническую реакции и выделяет параноиков «угрызения совести», «борьбы и желаний» и «сензитивного бреда отношения» А. И. Молохов (1934) соглашается с И. Ланге (1925, 1927), отрицающим паранойческую конституцию, но признающим способность любого человека паранойчески реагировать. А. С. Кронфельд (1939) цитирует современников Мореля — Гарнье, Дегран, признающих при всяком бредообразовании значение эндогенных и конституциональных моментов.

С. Г. Жислин (1940) указывает, что в возникновении острых реактивных параноидов, когда основное значение имеет внешний фактор, определенную роль играет конституциональная предрасположенность, которая «окрашивает» психотическую реакцию (шизоидные, эпилептоидные и др.). Ю. С. Николаев (1949) связывает возникновение и развитие конкретного параноидного синдрома (бред физического недостатка) в первую очередь с конституциональной предрасположенностью в виде психастении, а затем, с астенизирующими психику моментами и ситуационными переживаниями, что вызывает справедливые возражения многих авторов, А. Б. Смулевич (1976) повторяет факторы, участвующие в патогенезе бреда, но только паранойяльного

и только психогенно обусловленного: конституциональные, характерологические особенности больного: длительность психотравмирующей ситуации; острая психогения.

Большинство авторов более многозначно оценивают почву, на которой легче возникают бредовые реакции и бред. Такую почву составляют особенности всей структуры личности, включая врожденные конституциональные моменты. В соответствии с этим А. А. Меграбян (1969) подчеркивает, что при анализе бредообразования важно исходить из фактических наблюдений становления бреда в непсихотической стадии заболевания. Он выделяет следующие уровни личности: сенсорно-перцептивный; мыслительно-логический; сознательной, объективной и субъективной деятельности, которые в свою очередь включают: овладение собственными телесными функциями, сознательное управление своими влечениями, аффективностью, страстями и разумно-нравственное самоуправление поведением.

А. Д. Зурабашвили (1969) отмечает, что в результате извращенной информации, извращенной ориентации и адаптации, равно как и ослабления личностного контроля и личностной критики, психотическое состояние выступает как «болезнь существования». Подготавливающими «почву» для возникновения бреда он считает такие антагонистические личностные эмоциональные переживания, как печаль и радость, горе и веселье, траур и праздник, восхищение мудростью и терпимость к глупости, правда и ложь, любовь и ненависть, сила и слабость, красота и неказистость, богатство и бедность, анархия и порядок, лень и труд.

Вопрос об участии «личностных особенностей» в бредообразовании детализируют многие авторы.

К.Бирнбаум (1915, 1928) предложил теорию, согласно которой каждый психоз возникает вследствие воздействия многих неспецифических факторов: экзогенных и эндогенных, соматических и психических, функциональных и органических. Опираясь на эту теорию, некоторые авторы отмечают, что паранойя — не болезнь, а своеобразное развитие личности, не предопределенное фатально, а состоящее из отдельных «характеристик», не имеющих четких границ [Каннабих Ю. В., 1938]. С. Г. Жислин (1940, 1950) указывает на важное значение патологического развития личности как одного из факторов, создающих «почву» для образования параноидных реакций. Е. Блейлер (1920, 1927) рассматривает явно шизофренический бред при паранойе как результат патологического развития личности, обусловленного чувством несостоятельности, поскольку «бред всегда вторичен и по механизму тождествен заблуждению».

С. И. Полинковский и С. М. Лившиц (1959) к моментам, предрасполагающим к возникновению бреда, в частности бреда ревности у алкоголиков, относят изменение личности больных — подозрительность, недоверчивость, тщеславие, «ошибочные заключения в оценке окружающих явлений», эгоизм, склонность все относить «на свой счет». Р. Я. Вовин (1959, 1964) мотивирует мнение о связи бредообразования с личностными особенностями тем, что при обратном развитии бреда, вызванным терапией, больные объясняют бред своими преморбидными переживаниями. А. А. Меграбян (1969) объясняет появление бреда, так же как навязчивостей и галлюцинаций, механизмом отчуждения от личности ее собственных психических процессов. Э. Креч-

мер (1914, 1927) отмечает, что механизм бредообразования — это определенная, частично закономерная болезненная реакция или развитие скрытой до того предрасположенности, которая приводится в «душевное движение» лишь адекватными, для данного характера значимыми переживаниями.

В. В. Дозорцев (1975) утверждает, что самый сложный первичный шизофренический бред лишен полной самостоятельности и в разной степени зависит от структуры личности, деструктивных изменений психики, интоксикационных компонентов, неясных, эндогенных предрасполагающих моментов. Г. Губер и Г. Гросс (1977) при первичных шизофренических хронических параноидных состояниях находят «сдвиг личностного строения», структурной формы, зависящей от исходной, отправной структуры личности (авторы, в частности, наблюдали бред преследования и причинения вреда у больных с психопатическим характером). Кроме того, они отмечают, что готовность к возникновению бреда чаще наблюдается у мнительных, малокоммуникабельных и закомплексованных личностей.

Большинство авторов подтверждают мнение о том, что для острых соматогенных психозов наряду с соматическими нарушениями в преморбиде характерно также наличие ситуационных моментов. При соматогенном бредообразовании особо подчеркивается роль интероцептивных ощущений [Гиляровский В. А., 1946; Сухарева Г. Е., 1955; Лебедев Б. А., 1966, и др.].

Разные авторы неоднозначно оценивают участие в механизме бредообразования психоорганической патологии.

М. И. Вайсфельд (1936) считает, что в основе первичного бреда лежит некий органический процесс, например, такой, как в основе патологии ощущений. Под органическим процессом он, по-видимому, понимает материальную основу, материальный субстрат. М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1937) соглашаются с Э. Крепелиным (1912, 1913), который считает, что в основе бредообразования усматриваются общие корни психического заболевания всей личности и некоторое изменение сознания, позволяющее извращенно толковать события, или «психическая слабость» при органическом заболевании. Б. А. Лебедев (1966) утверждает, что бред является результатом нарушения отражательной деятельности мозга и не может возникать без органической патологии в мозговой коре. При этом он возражает Л. Бинсвангеру (1945), который отрицает участие органического нарушения головного мозга в развитии бреда и рассматривает бредообразование как психологическое явление, т. е. говорит о «параноидной реконструкции существования». А. Б. Смулевич и М. Г. Щирина (1972) пишут о корреляции между психопатологическим проявлением бреда и общими для всех болезней закономерностями в развитии патофизиологических процессов в головном мозге. Л. Л. Рохлин (1976) упоминает теорию органической церебральной обусловленности бреда, которую поддерживали Г. Клерамбо (1927) и П. Гиро (1937).

Наряду с соматическим и психоорганическим факторами немаловажным в механизме бредообразования признают непосредственное и опосредованное влияние психологических моментов.

Е. Мендель (1904) к причинам возникновения бредовых переживаний относит стремление больного психологически объяснить свое настроение и высказывания проявлением враждебности внешнего мира. Т. А. Гейер (1925) пишет, что для возникновения бреда необходима известная патопсихологическая подготовка — особый патопсихологический механизм, который состоит

из ущемления аффекта и затемнения или понижения критики, что приводит к образованию симптомокомплекса в виде «параноического состояния». С Г. Жислин (1940) отмечает, что параноидные реакции могут возникать на фоне речевой изолированности (подобно идеям преследования у тугоухих). Речевая изолированность должна подкрепляться травмирующей ситуацией. И. В. Стрельчук (1947) объясняет возникновение алкогольного бреда ревности тем, что больной истолковывает как измену вызванные его пьянством неприязненные реакции жены. Р. Я. Вовин (1959) цитирует И. Ланге (1927), который в происхождении различных форм бреда видит влияние психологических комплексов, особенно чувства бессилия, при неясности патологического механизма, приводящего к бреду. В. Ф. Басин (1969) отмечает, что психологический фактор в патогенезе психического заболевания в виде «отношения» больного к болезненным проявлениям оказывает влияние на основные элементы патогенеза — реактивный, повреждающий и вызванный этим повреждением защитный фактор.

Одно из направлений в изучении механизма бредообразования определяется психоаналитической концепцией и методикой. Согласно этой концепции, возникновение бреда находится в прямой патогенетической зависимости от сексуальных установок, сексуальной сущности, сексуального развития и сексуальной патологии. К ним относятся сексуальные комплексы различного характера (эдиповы, гомосексуальные, гетеровидовые, мастурбационные), неосознанные сексуальные желания, сексуальная неудовлетворенность, сексуальные компенсаторные образования и т. д. Все перечисленные выше факторы, так или иначе влияющие на процесс бредообразования и его механизм, нельзя рассматривать в качестве непосредственной причины, «трансформирующей» нормальное мышление в бредовое.

Элементы идеаторной базы образования бреда. На основании результатов анализа нарушения мыслительного процесса больного, у которого возникновение бредовых идей в большей или меньшей степени связано с глубиной помрачения сознания (речь идет о различных формах чувственного бреда), можно предположить несколько причинно-следственных вариантов такой связи. Так, например, вызванное помрачением сознания или взаимосвязанное с ним расхождение между быстротой течения ассоциаций и их осмыслением (переход каждой бессознательной ассоциации в осознанную) приводит к тому, что осознание (сознательное) значительно отстает от бессознательного течения ассоциаций. Вследствие этого перевод фрагментов бессознательного в символы-слова оказывается либо бессвязным (при глубоком помрачении сознания), либо разорванным, либо бредовым. Следует, однако, иметь в виду, что влияние «расхождения» во времени между ассоциациями и их словесным выражением в первом случае может быть количественным, приводящим к бессвязности, во втором — структурным с разобщением ассоциаций, ведущим к разорванности, и в третьем — качественно новым, лишенным логического построения, бредовым. В последнем случае бред — это новое качество, всегда содержащее элементы патологического твор-

чества. Приведенные выше соображения касаются лишь пускового механизма, побуждающего к бредообразованию, и не объясняют механизма формирования бреда, его тематического и фабульного оформления, дальнейшего развития. В тех случаях, когда бред этиопатогенетически несомненно связан с помрачением сознания, такую связь можно представить в трех вариантах:

а) бред возникает одновременно с помрачением сознания или после и вследствие него. При этом не только его возникновение, но также дальнейшее развитие, степень нелепости, колебания интенсивности, обострения и затухания адекватны (пропорциональны) характеру и интенсивности помрачения сознания. Прояснение сознания сопровождается постепенным исчезновением бредовых высказываний и нарастанием критики, которая, однако, восстанавливается несколько медленнее, чем исчезает бред;

б) бред также возникает одновременно с помрачением сознания или после и вследствие него, но развивается параллельно (в полном соответствии) с динамикой помрачения сознания только на первом этапе, а затем наблюдается его самостоятельная независимая от помрачения сознания поступательная динамика. В подобных случаях прояснение сознания не приводит к затуханию или исчезновению бреда, наоборот, бредовая «продукция» может расширяться, бредовое творчество — усиливаться и становиться самостоятельным структурным (иногда стержневым) элементом психоза;

в) бред возникает раньше, чем помрачение сознания. Он оказывается основным, ведущим синдромом психоза, сочетается или не сочетается с другими психопатологическими образованиями, например галлюцинациями. В этих случаях помрачение сознания наступает на последующих этапах психоза, связано с иными, в отличие от бреда, механизмами и лишь влияет на остроту и содержание бреда. Иногда при подобном развитии психоза временно присоединяющееся к бреду помрачение сознания создает условия для появления новой бредовой фабулы, сочетающейся с бредом, предшествовавшим помрачению сознания, или заменяющей его. Эта новая фабула исчезает вместе с помрачением сознания, а основной, «стержневой» бред продолжает развиваться. Так бывает при онейроидном синдроме.

Таким образом, одни бредовые синдромы патогенетически связаны непосредственно с нарушением сознания, а при других степень нарушения или, вернее, изменения сознания нарастает по мере развития синдрома. В первом случае можно утверждать, что если бы не было помрачения сознания, то не было бы и бреда (например, при делирии), во втором бред возникает независимо от грубого нарушения (помрачения) сознания, но изменение сознания, суть которого — в наличии бреда, с развитием психоза нарастает. Если в первом случае про-

яснение сознания, безусловно, приводит к исчезновению бреда, то во втором — бред остается, тогда как выраженность нарушения сознания становится меньше. Иначе говоря, в первом случае бред — прямое следствие помрачения сознания, а во втором — нарушение или помрачение сознания и бред развиваются параллельно, являясь следствием одного и того же патологического процесса.

На ведущую роль расстройства сознания в бредообразовании (надо думать, при некоторых его формах) указывают подавляющее большинство авторов. Роль нарушения самосознания — сознания собственного «Я»— в бредообразовании чаще трактуют больше в философском, нежели в клиническом, плане. Это утверждение вполне согласуется с цитируемым А. Г. Спиркиным (1972) высказыванием Сократа о том, что он «прислушивается к своему внутреннему голосу» (своему «Я»), как к своего рода велению совести, «непререкаемому авторитету».

Еще Г. Шюле (1880, 1894) указывал на то, что ложное представление (бред) возникает тогда, когда утрачивается и ослабевает прочность «Я»: в этих случаях бред становится частью личности, а затем сливается с ней. Э Крепелин (1910) отмечает, что возникновение бредовых идей особенно облегчается при болезненных нарушениях самосознания (собственного «Я»). Он подчеркивает, что об этом свидетельствуют случаи, когда больной проявляет критическое отношение к чужим бредовым идеям, оставаясь некритичным к своим К Ясперс (1923) пишет, что все проявление душевной жизни начинается с расщепления на субъект и объект («Я» и предмет). Все, что мы чувствуем, переживаем, к чему стремимся, становится нам ясным в представлении. «Озарение» выражается в «объективировании» В процессе указанного расщепления происходит дальнейшее рефлектирование («Я» обращаюсь к самому себе, осуществляя рефлексию; «Я» рефлексирую, обдумываю, отражаю все содержание, в том числе картины и символы, в плане которых как объектов без осмысления их до сих пор находился, и я спрашиваю, что они представляют собой»— частично цитируется по К. Конраду (1958). А. Эй и соавт. (1967) формулу «бредового вымысла» связывают со «смещением сознания личности».

Прямую философскую и в значительно меньшей степени клиническую направленность имеют также суждения об участии в механизме бредообразования подсознательных или бессознательных психических процессов. Причем учение о роли подсознательного или бессознательного в человеческой психике, зародившееся в древности, даже в современном или почти современном виде насчитывает по меньшей мере более 200 лет. Отечественные психиатры связывают вопрос о механизме бредообразования с учением о бессознательном примерно 100 лет [Попов Н. М., 1897]. Интерес российских и зарубежных ученых к этой проблеме периодически возобновляется.

Соответствующие публикации содержат с разной расстановкой акцентов следующие сведения, которые приводятся конспективно, фрагментарно, иногда в авторской формулировке.

И. Кант (1724—1804) бессознательным называет то, что представляется лежащим вне сферы человеческого сознания. Несознательное, по его мнению не есть несознаваемое; оно составляет большую часть человеческого опыта,

поскольку в фокус самосознания попадает лишь ничтожная доля из того, что сознается в каждое мгновение ..., несознательное есть лишь сознаваемое с меньшей интенсивностью, а не такое представление, интенсивность познавания которого равна нулю [Лапшин И., 1906].

Бессознательное, в широком смысле,— это совокупность психических процессов, операций и состояний, не представленных в сознании субъекта; в ряде психологических теорий бессознательное составляет особую сферу «психического» или систему процессов, качественно отличающихся от явлений сознания. Термин «бессознательное» широко употребляется в философии и психологии, а также в психиатрии, психофизиологии, юридических науках, искусствоведении. Общая идея о бессознательном, восходящая к учению Платона о познании — «вспоминании» (анамнезе), остается господствующей вплоть до нового времени. Иной характер она приобрела после постановки Р. Декартом (1596—1650 гг.) проблемы сознания, причем идеи Р. Декарта, утверждавшего тождество сознательного и психического, послужили источником представлений о том, что за пределами сознания возможна только чисто физиологическая, но не психическая деятельность мозга. Концепция бессознательного впервые четко сформулирована Г. Лейбницем (1714), трактовавшим бессознательное как низшую форму душевной деятельности, лежащую за порогом осознанных представлений, возвышающихся, подобно островкам, над океаном перцепций (восприятий). Первым понятие «бессознательное восприятие» связал с деятельностью нервной системы Д. Гартли (Англия); иной характер приобрело понятие «бессознательное» у поэтов-романтиков и теоретиков романтизма, которые применяли его в противовес рационализму, «бессознательное» рассматривалось также как глубинный источник творчества. В XIX в. началась линия собственно психологического изучения бессознательного; динамическую характеристику бессознательного вводит Герберт (1824), который считает, что несовместимые идеи могут вступать между собой в конфликт, причем более слабые вытесняются из сознания, но продолжают на него воздействовать, не теряя своих динамических свойств Новый стимул в изучении бессознательного дали работы в области психопатологии, в которых при лечении стали применять специфические методы воздействия на бессознательное — гипноз. Исследования, особенно проведенные представителями французской психиатрической школы [Шарко Ж., 1883, и др.], позволили вскрыть в отличие от сознательных неосознаваемые психические процессы, приводящие к болезненным состояниям. Продолжением соответствующих исследований стали работы австрийского врача, психолога, мыслителя З. Фрейда. Он установил прямую связь между невротическими симптомами и воспоминаниями психотравмирующего характера, которые не осознаются в связи с действием особого защитного механизма — вытеснения. Отказавшись от физиологических объяснений, З. Фрейд представил бессознательное в виде могущественной иррациональной силы — антагониста деятельности сознания Бессознательное влечение, по З. Фрейду, можно выявлять и ставить под контроль сознания с помощью техники психоанализа [Машков Д. Н, 1970].

Г. Лейбниц полагает, что все явления сознания возникают в бессознательной жизни и что в бодрствующем состоянии наряду с наиболее ярко выступающими представлениями существуют как бы спящие, или угасшие, представления — «малые перцепции». В учении Платона познание принимается как воспоминание, что тесно связано с идеей о наличии в душе скрытых, неосознанных знаний, о которых сам субъект может даже не подозревать; Б. Спиноза вводит понятие о бессознательных мотивациях; И. Кант связывает понятие бессознательного с чувственным познанием и интуицией; А. Шопенгауэр, Э. Гартман, Ф. Ницше трактуют бессознательное как иррациональное, считают, что разуму, т. е. осознанному сознательному, отводится второстепенная роль, а управляет всем бессознательная «всеобщая идея, мировой разум». Современное психологическое изучение бессознательного началось с И. Ф. Герберта, Г. Т. Фехнера, В. Вундта. По В. Вундту, в сознании есть «ярко видящая центральная часть», «и менее способная к видению — периферия» [Спиркин А. Г, 1960; Машков Д. Н., 1970].

Психофизиологические аспекты бессознательного широко исследуются в современной науке в связи с анализом сна и гипнотических состояний, функций корковых и подкорковых образований, явлений автоматизма. В последнее время обсуждаются возможности применения кибернетических установок и методов распознавания бессознательного, однако теорию, объясняющую механизм и структуру бессознательного, до настоящего времени построить не удалось. По З. Фрейду, душевная деятельность подобна айсбергу, большая часть которого скрыта под водой и который управляется подводными течениями; в ней имеются не только осознанные, но и темные, даже дикие элементы, которые загнаны разумом и социальными формами в подполье и ждут лишь момента слабости и страха, чтобы проявить «свои демонические силы». Психоанализ З. Фрейда ставит своей целью раскрытие бессознательного, проявляющегося в символах, сновидениях, свободных ассоциациях, фантазиях, оговорках, описках, зарисовках, действиях, невротических симптомах и т. п.— этих своего рода «смотровых окнах в мир бессознательного». З. Фрейд выделяет в человеческой психике три основных, не равных по мощности пласта· самый нижний и самый мощный находится за пределами сознания (благодаря ему накапливается опыт, возникают неосознанные влечения, страсти, эмоции, стремления); далее расположен небольшой «этаж» сознательного, содержащий актуальный материал и актуальные действия, которыми человек осознанно оперирует — это его «Я»; третий «этаж» находится «над Я», «сверх Я», в нем содержится выработанная историей человеческая культура и находящаяся в системе науки, морали, искусства нравственная сфера личности, сдерживающая и ограничивающая «Я» [Спиркин А. Г., 1960, 1972].

Р. Декарт и Г. Лейбниц говорили о «врожденных идеях», при этом Р. Декарт считал, что врожденные идеи существуют в мозге уже в готовом виде, а Г. Лейбниц полагал, что они там находятся в зародышевом состоянии и затем из потенциального бессознательного формируются в сознательное. Учение Г. Лейбница о бессознательном и перцепции развивает В. Вундт (1912), считающий, что сфера бессознательного начинается вне поля сознания, в центре которого — апперцепция; В. Вундт подчеркивает, что «низшая граница», нулевая точка степеней сознания есть состояние бессознательности. От этого состояния, противостоящего сознанию и включающего безусловное отсутствие психических связей, следует строго отличать тот факт, что отдельные психические функции нередко теряют свойство сознательности. Знания об элементах, ставших бессознательными, ограничиваются возможностью их возобновления, интеллектуальные акты не всегда совершаются в поле ясного сознания. Б. Рассел считает, что некоторые его идеи, которые он не мог сформулировать, созревали подсознательно, и он терпеливо ждал этого «созревания»; Ж. Адамар советует откладывать на некоторое время идеи, которые перестают развиваться, для их «созревания», период «созревания идей» он называет «инкубацией» [Меграбян А. А., 1967].

Волевые творческие усилия можно признать пусковым механизмом для бессознательного разрешения творческой задачи [Пуанкаре А., 1983]

В «советской» философии, психологии, психиатрии, физиологии учение о бессознательном, так же как учение о наследственности, фрейдизме, кибернетике, признавалось «буржуазной лженаукой», находилось фактически в запрете и не разрабатывалось. Вместе с тем изучение основных положений проблемы бессознательного очень важно, для того чтобы приблизиться к пониманию механизма бредообразования, поэтому целесообразно осветить некоторые вопросы указанной проблемы, которой отечественные психиатры интересовались еще 100 лет назад. При этом следует подчеркнуть известную близость психиатрических, психологических и философских взглядов на практиче-

ское (для психиатрии — клиническое) применение указанных взглядов.

Н. М. Попов (1897) писал, что при бессознательном образовании бредовых идей их происхождение может быть центральным и периферическим. В первом случае идеи бреда рождаются непосредственно в «психическом органе», не ниже сферы сознания, в которое они проникают уже в готовом виде, нередко поражая самого больного своей нелепостью, чуждостью, чудовищностью, полным контрастом с его взглядами и убеждениями. Больной сам их пугается, ужасается, гонит от себя, но они являются снова и снова и в конце концов всецело подчиняют себе человека. Во втором случае нелепые идеи возникают вследствие рефлекторного раздражения, влияния на бессознательную сферу различных заболеваний внутренних органов.

Возобновившийся через 70—90 лет после высказываний Н. М. Попова позитивный интерес к проблеме бессознательного отмечался главным образом у психофизиологов, психологов, философов и в значительно меньшей степени отразился на клинических, психиатрических исследованиях, в частности на изучении процесса бредообразования. Вместе с тем понимание «бреда» как патологического творческого акта позволяет установить прямую теоретическую связь между представлениями о механизме бредообразования и механизме интеллектуального творчества. Не останавливаясь на тонких различиях в трактовке некоторыми психологами и философами понятий «бессознательное», «подсознательное», «надсознательное», «неосознаваемое», отметим, что участие (иногда определяющее) мыслительного процесса, находящегося за порогом сознания, в интеллектуальном творчестве в настоящее время можно считать общепризнанным. Об этом пишут многие авторы.

А. Г. Спиркин (1972), объединяя понятием «бессознательное», совокупность психических явлений, состояний и действий, не представленных в сознании человека, лежащих вне сферы его разума, безотчетных и не поддающихся контролю, по крайней мере в данный момент, отмечает, что, в частности, гипноз воздействует на сферу сознательного и выявляет «патогенные свойства» сферы бессознательного. Он подчеркивает, что творческий акт нередко продолжается или совершается в сфере бессознательного, который состоит в «постоянной взаимной функциональной координации» со сферой сознательного. По его мнению, бессознательное имеет негативные (неосознаваемое, способное или неспособное перейти в сознание) и позитивные (способное к различию, выбору, угадыванию, творчеству) стороны, причем неожиданные творческие ассоциации часто возникают первоначально в подсознании, а затем рождается продуктивная идея. А. Н. Лук (1976) добавляет к этому, что в подсознании могут быть решены очень сложные мыслительные задачи, причем сам процесс обработки информации не осознается, а «в сознание входит» лишь его результат (если он получен). Следовательно, нередко научные открытия своим появлением обязаны его подсознательному этапу, включающему инкубацию, интуицию, озарение.

А. А. Налчаджян (1980) фиксирует внимание на том, что для подсознательного решения творческой задачи необходимы наличие проблемной ситуации, установка личности и ее структурные особенности. А. Пуанкаре (1983) не соглашается с тем, чтобы подсознательное «Я» считать чисто ав-

томатическим актом. Он утверждает, что подсознательное «Я» нисколько не «ниже», чем сознательное «Я». Оно способно к творчеству, распознаванию, обладает тактом, чувством изящного, умеет выбирать и отгадывать, возможно, лучше, чем сознательное «Я», поскольку ему удается то, перед чем другое «Я» оказывается бессильным. Б. Ф. Ломов (1984) признает, что возможность подхода к изучению объективных законов психики определяется позицией в отношении бессознательного. С его точки зрения, и неосознаваемое, и осознаваемое являются разными уровнями субъективного, психического отражения и как таковые подчиняются объективным законам. Л. А. Карпенко (1985) утверждает, что идеи, не поддающиеся сознательному волевому контролю, составляют высокий уровень психической активности личности, необходимый при решении творческих задач. В. Иванов (1985) признает «подсознательное» полноценной формой творческой психической деятельности. П. В. Симонов (1985) отождествляет понятия «сверхсознание» и «творческая интуиция», относя их к первоначальным этапам творчества, не контролируемым сознанием и волей. За «сознанием» он оставляет функцию отбора и логического анализа гипотез, возникших в «сверхсознании» По его мнению, взаимодействие «сверхсознания» с сознанием есть проявление на уровне творческой деятельности человека универсального принципа возникновения нового в процессе биологической эволюции и развития культуры. Л. И. Столович (1985) не оспаривает определения «сверхсознания» как неосознаваемого этапа творческой деятельности мозга.

Ко всему изложенному выше нужно добавить, что подсознательные умозаключения, так же как сознательные, могут быть истинными и ошибочными. В норме они подвергаются сознательной критической оценке и проверке. В случаях «бредового открытия», критическая проверка и оценка их пациентом исключаются. Убежденность в правильности бредового умозаключения, так же как при любых идеях, возникших по механизму «инсайта», оказывается непреодолимой, составляя суть бреда. Из сферы бессознательного по аналогии с патологическим творчеством могут возникать импульсивные действия психически больных. Путь к таким действиям, так же как подсознательное развитие патологического творчества, во многом зависит от «установки», нередко являющейся структурным элементом подсознательного.

Приведенные соображения, конечно, не означают, что бред, бредовое творчество, равно как и нормальное интеллектуальное творчество, зарождается только в «подсознательном», «бессознательном». Наоборот, нормальный творческий акт и некоторые формы бреда обычно зарождаются и развиваются в «сфере сознательного», никогда, однако, не порывающего своей скрытой связи с бессознательным.

Возможное участие в механизме бредообразования неосознаваемых мыслительных процессов и рассмотрение бреда в качестве патологического творческого акта частично подтверждаются сведениями о творчестве во сне и сновидениях, которому был посвящен специальный раздел главы 1. При анализе видения во сне легче всего проследить переход от бессознательного к сознательному, так как, воспринимая сновидение, человек иногда осознает, что происходящее с ним не действительное, а кажущееся. Изучению бессознательного может способствовать

также анализ некоторых элементов гипнотического сна или гипнотического внушения, в частности так называемых «отставленных суггестий». При такой суггестии, например, пациенту внушают, что на следующий день вечером он уронит на пол стакан с только что налитым чаем. Внушенные действия точно выполняются, хотя пациент не осознает, что имело место «внушенное задание», и не способен критически его оценивать. При этом энергетический заряд выполнения заданного действия очень велик и почти не поддается коррекции с чьей-либо стороны. На возможную связь бредообразования с патологическим творчеством во сне и сновидениях указывают Я. А. Анфимов (1913), С. Г. Жислин (1956) и др. Механизм бредообразования, несомненно, тесно связан с элементами познания — ощущениями, восприятиями, представлениями, а также понятиями. Однако эту связь можно представить в трех вариантах:

а) ощущения, восприятия, представления не искажены и могли бы соответствовать реалистическому познанию действительности, но приобретают бредовое осмысление, бредовую трактовку, бредовое понятие. В этом случае процесс познания имеет бредовой характер на этапе суждения или умозаключения;

б) все элементы процесса познания искажены и имеют бредовой характер, т. е. действительность познается на основании бредовых ощущений, бредовых восприятий, бредовых представлений. В этом случае суждения, умозаключения, понятия оказываются прямым, последовательным и адекватным продолжением предшествующих извращенных элементов процесса познания, т. е. бредовое умозаключение, понятие, сливается с нереалистичным, искаженным, бредовым восприятием действительности;

в) в психическом функционировании от ощущений до понятия и умозаключения сосуществуют две линии [Меграбян А. А., 1967], одновременно отражающие объективное, реальное и искаженное, бредовое познание действительности.

Перечисленные варианты обусловлены временно́й и причинно-следственной взаимозависимостью в процессе бредообразования между понятием и остальными элементами познавательной деятельности. Анализируя временну́ю и причинно-следственную зависимость, необходимо учитывать формулу «после этого не значит вследствие этого». Исходя из этой формулы, следует признать, что нарушение ощущений и восприятий, равно как и нарушение интероцептивных ощущений, могут обусловливать содержание и развитие бредовых идей, но не их возникновение, т. е. механизм бредообразования, как отмечалось ранее, разделяется на «пусковой момент», который связан только с нарушением мозговой деятельности, и этап дальнейшего развития, который может быть связан с различными внешними и внутренними условиями, включая расстройства ощуще-

ний и восприятий. При оценке понятий «бредовое ощущение», «бредовое восприятие» следует разграничивать изменение восприятия объективного мира под влиянием бреда, т. е. качественное изменение самого восприятия, и трактовку воспринимаемого без качественного изменения самого восприятия.

Действительные объекты или явления могут восприниматься больными в измененном виде и таким образом сближаются с иллюзиями. Те же объекты или явления в болезненном состоянии воспринимаются неизмененными, но понимаются ошибочно и сближаются с бредом значения. В первом случае речь идет о нарушении познавательной деятельности, во втором — о нарушении идеаторного, понятийного мыслительного процесса. Так, человек в черном костюме может быть воспринят как приготовившийся к нападению, выражающий всем своим видом и жестами возмущение, неодобрение, угрозу или же вполне объективно, адекватно, но с мыслью, что черным цветом своего костюма он намекает на черное прошлое больного.

Одни авторы отождествляют первый вариант бредового восприятия с дереализацией [Личфриев А. К., 1969], другие называют его «бредом восприятия» [Тиганов А. С., 1972], третьи считают «бредовое восприятие» частным случаем чувственного бреда [Дементьева Н. Ф., 1974], наконец, четвертые рассматривают его как расстройство сознания [Пападопулос Т. Ф., 1966]. К этому можно добавить, что если бы бредообразование этиопатогенетически зависело только от патологии ощущений и восприятий, то не было бы специфических форм бреда, таких, как бред богатства при прогрессивном параличе, бред ревности при алкоголизме, бред обнищания при инволюционных психозах и т. д. Если механизм бредообразования рассматривать в зависимости от патологии ощущений и восприятий, оцениваемых «бредовым образом», то нужно прежде всего учитывать нарушение мыслительной деятельности, обусловливающее тенденцию понимать происходящее вокруг и в себе с «бредовых позиций». Приведенные соображения, с той или иной расстановкой акцентов, высказывали многие психиатры.

Ф. Пинель (1809, 1829) пишет: «...если помешанный судит, что правление мира в его руках, что времена года повинуются его голосу, то это от того, что понятия, существующие в его мысли, принуждают делать такие заключения. Заблуждения рассудка суть материалы, на коих сия способность зиждется». В. Гризингер (1868, 1872) в качестве причины бреда рассматривает расстройство функционирования корковых клеток больших полушарий, приводящее к нарушению течения представлений. В. Х. Кандинский (1885) решающее значение в возникновении бреда придает в одних случаях расстройству чувственного познания, а в других — нарушению идеаторных функций мозга (интеллектуальный бред). Н. М. Попов (1897) считает, что решающее дифференциально-диагностическое значение приобретает способ образования бредовых идей, которые возникают путем ложного увозаключения из ложной первой посылки или же вследствие ложного восприятия (первый путь — идейный, второй — галлюцинаторный). И. Г. Оршанский (1910), ссылаясь на Т. Мейнерта (1885), признает существование вида бредообразования, при котором в мозговых центрах наряду с правильными

представлениями возникают добавочные стойкие навязчивые неправильные представления.

Бредовые идеи могут возникать из суеверий и предрассудков, с которыми связано одностороннее развитие ассоциативных представлений до степени, не поддающейся коррекции. Я. А. Анфимов (1913) предпосылки к «бредовому построению» и «бредовому мышлению» усматривает в изменившемся чувстве реального восприятия, вызывающего синестезиопатию, с утратой логической обоснованности мысли. К. Ясперс (1913, 1923) подчеркивает, что бредовые восприятия от «придания неясных значений» доходят до выраженного бреда отношения. При этом отмечается не «толкование на основе ошибочных суждений», а непосредственно возникает «придание неясного значения» при наличии совершенно нормального, неизменного чувственного восприятия. Он добавляет, что имеет место также ретроспективное, болезненное переосмысливание реальных воспоминаний — «бредовое представление», при котором убежденность в происходящих важных событиях не подкрепляется «чувственной наглядностью», т. е. речь идет о «бредовом сознании». Вместе с тем, по его мнению, бред непонятен и не может быть выведен из чего-нибудь другого психологическим путем.

К. Шнейдер (1931) объединяет «бредовые представления» и «бредовое сознание» в понятие «бредовое озарение». М И Вайсфельд (1936, 1940) отмечает, что бредовые идеи, ассоциированные с восприятием, могут представляться неопределенными, поскольку больной не способен до конца раскрыть собственные переживания. В действительности восприятие служит предпосылкой для возникновения бредовой идеи, но не порождает ее, связь бредовой идеи со случайными восприятиями чаще выявляется в тех случаях, когда эти восприятия неожиданны, внезапны. О. В. Кербиков (1949) включает в механизм бредообразования нарушение элементов процесса познания, выражающееся в искажении восприятия (иллюзии, галлюцинации). В результате этого извращение единого познавательного процесса приводит на более высоком уровне к бредовым идеям При этом, по его мнению, нарушение восприятия в виде иллюзий, галлюцинаций, по-видимому, возможно на любом уровне филогенетического развития животных и человека, а появление бредовых идей возможно только на высшем уровне психического развития, только у человека. Г. Е. Сухарева (1955) к «чувственной сфере познания», нарушение которой может привести к бреду, относит искажение экстра- и интероцептивных ощущений.

К Конрад (1959) выделяет три ступени бредового восприятия: сначала познаваемая реальность представляется больному значимой для него без уточнения характера значимости, затем появляется чувство сделанности, содержащее понимание больным прямого отношения к нему, установленных для него воспринимаемых реальных предметов, и, наконец, окружающая реальность приобретает совершенно определенное, бредовое значение. Е. Е. Сканави (1962) предшествующими развитию бреда симптомами считает патологические ощущения соматического порядка, изменения самочувствия и настроения, иллюзорные и галлюцинаторные восприятия, нарушение синтеза восприятий В процессе бредообразования, как она полагает, возникает бредовое умозаключение, сначала чувственно-конкретное, а затем постепенно приобретающее абстрактный характер. Б. А Лебедев (1966) повторяет, что ощущения отражают действительность, но ложные ощущения могут привести к неправильным, ложным рассуждениям, поэтому «чувственные нарушения» могут вызвать бред, несмотря на то, что наряду с искаженными существуют нормальные чувственные восприятия.

А. А. Меграбян (1967) утверждает, что бредовые переживания возникают в результате неправильной переработки искаженной информации логическим аппаратом мышления. По его мнению, этот вывод частично согласуется с высказываниями Г. В Груле (1938), полагавшего, что шизофренический бред — всегда первичный и непонятный органический симптом в виде бредовых знаний, вторично вызывающих нарушение восприятия, аффекта, настроения. О. П. Вертоградова (1974, 1976) соглашается с немецкими психиатрами, разграничивающими «бредовое восприятие» и «бредовой вымы-

сел», и подчеркивает, что при формировании чувственного бреда нарушается восприятие

Н Ф. Дементьева (1974, 1976) утверждает, что чувственный бред не вытекает из галлюцинаций, а основывается на восприятии. При этом она приводит следующие сведения, имеющиеся в литературе: Г. Шмидт, вопреки мнению Г. В. Груле, полагает, что бред не происходит из восприятий, наоборот, их качество изменяется под влиянием бредового настроения; Р. Крафт-Эбинг (1881), В. Ф. Чиж (1911), Ф. Е. Рыбаков (1917), А. И. Ющенко (1923), П. А. Останков (1927) рассматривают чувственный бред в качестве производного галлюцинаций; Т. Циген (1897), Е. Мендель (1904) наряду с галлюцинациями признают участие в бредообразовании сновидений и аффекта, к чему С. С. Корсаков (1954) добавляет «усиленное фантазирование»; К. Кальбаум (1866) и Ж. Леви-Валенси (1939) сомневаются в том, что галлюцинации участвуют в бредообразовании, поскольку галлюцинации по сути своей близки к бреду; О. Бинсвангер (1908), В. А. Гиляровский (1933) отрицают бредообразующую роль галлюцинаций; Е. А. Шевалев (1936), Е. А. Перельмутер (1937) и др. поддерживают идею, согласно которой галлюцинации и компоненты бреда оказываются следствием единого галлюцинаторно-бредообразующего фактора. Все они соглашаются с тем, что бредообразование и структура бредового синдрома отражают не только интеграцию психических функций, но и нарушение деятельности физиологических механизмов-анализаторов.

А. Н Лук (1976) с философских позиций напоминает, что смотреть и видеть — не одно и то же, так как человек видит и воспринимает происходящее субъективно в зависимости от установки — доминирующей идеи. Оценивая роль воображения, автор называет три его типа: воображение логическое, критическое, творческое. К этому уместно добавить мысль А. А. Налчаджяна (1980) о том, что одной из основных функций воображения следует считать расширение опыта личности не путем новых восприятий, а посредством эндопсихической переработки и, возможно, свободного перекомбинирования содержания памяти. Л. Л. Рохлин (1976) не признает правомерным определение примата «бредовых восприятий и представлений», или «бредового осознания», «бредового суждения», поскольку «бред и восприятие находятся в паритетном соотношении». Г. Губер и Г. Гросс (1977) не вполне согласны с упомянутой выше типологией шизофренических бредовых ощущений, разработанной К. Конрадом (1958), так как, по их мнению, бредовые ощущения при шизофрении неспецифичны и происходят в психопатологическом смысле случайно. В Иванов (1985) признает переход «бредового восприятия» в «бредовое прозрение», поскольку первоначально малозначимые факторы в виде нарушения восприятия превращаются по механизму индукции во внезапно возникшую бредовую идею.

Перечисленные и многие другие соображения видных психиатров, психологов, философов о взаимоотношении восприятий и бредовых умозаключений в процессе бредообразования еще раз подтверждают обоснованность мнения о том, что основы бредообразования составляет сочетание возникшей бредовой установки и искаженных бредовых восприятий, представлений. При этом бредовая установка ведет к бредовой интерпретации восприятий, представлений, а последние вызывают, укрепляют, совершенствуют бредовое умозаключение. Клинические наблюдения позволяют в одних случаях отмечать опережающее по времени возникновение бредовых установок, а в других — первоначальное появление бредовых восприятий и представлений. Кроме того, механизм бредообразования может в какой-то степени зависеть от «патологии воображения». Все это дает осно-

вание для поиска различий в первоначальной природе, предпосылках к возникновению бреда.

Вопрос о месте в механизме бредообразования интеллектуальных функций, главным образом процессов ассоциативного и абстрактного мышления, по мнению большинства психологов, психиатров, философов, является центральным в проблеме бреда. Основные установки, направления современной психологии по этому вопросу достаточно определенно формулирует Б. А. Лебедев (1966). Основываясь на результатах собственных исследований, он сообщает, что развитие бреда невозможно без различного рода нарушений синтетической деятельности мозга. Выраженность этих нарушений может быть «основой бредовых расстройств», причем при разных формах бреда происходят разные, преимущественно органические или преимущественно функциональные (психопатологические), нарушения. Параноидная форма бреда, например, является следствием психопатологического нарушения, сущность которого в неправильном сенсорном отражении действительности, т. е. неправильной информации о происходящем с последующей правильной логической обработкой этой информации. При астенических формах бреда, наоборот, посылки могут быть правильными или почти правильными, но используются они неправильно для данных условий, для данной ситуации, так как при астеническом мышлении нарушение анализа и синтеза лежит в основе развития бредоподобных идей. Автор подчеркивает, что даже при нарушениях в чувственной сфере (иллюзии, галлюцинации и т. д.) образование бредовых идей возможно только при наличии нарушений аналитико-синтетической деятельности мозга. На этом основании он делает вывод о том, что центральным моментом бредообразования является «нарушение основных мыслительных процессов»: анализа и синтеза, абстракции и обобщения.

Уровень развития, свойства и особенности интеллекта, влияющие на механизм бредообразования, составляли и составляют предмет обсуждения, продолжающегося много десятилетий.

Т. Мейнерт (1885) отмечает, что бред есть не более как результат ослабления «физиологического мышления». Только при легких формах маниакального настроения истощение сосудистого центра дает ложную картину повышения психической деятельности. Те, по-видимому, новые цепи идей, которые входят в состав бреда, развивающегося параллельно с ненормальными настроениями, имеют основания в физиологических ложных суждениях об окружающем непонятном мире,— суждениях, укореняющихся с самого детства. И. А. Сикорский (1910) пишет, что бред возникает на основании нарушений ассоциаций, которым предшествуют психологические ошибки и эмоциональный сдвиг, «никакой психологический акт не может быть без примеси чувств».

И. Г. Оршанский (1910) считает, что в происхождении бреда самое важное — нарушение течения представлений, «судорожная фиксация» какого-либо представления, получающего особую прочность в сознании. По его мнению, почти во всех случаях бредовые идеи не соответствуют положению больного, мыслям, поступкам, целям. При бреде имеется «диссоциация нор-

мального строя мышления», внутренняя и внешняя дисгармония с «нарушением психической координации»—«психическая атаксия» (своеобразное расстройство течения ассоциаций и логической сферы, способствующее формированию бредовой системы и особого «атаксического бреда»); кроме того, бред связан с патологическими ощущениями, логически приспособлен к ненормальным ощущениям, получаемым как от телесных органов, так и от внешнего мира. В результате этого «содержание мыслей уклоняется от своего нормального пути, чем достигается некоторое соответствие и устанавливается равновесие между логикой больного и его ощущениями». Е. Блейлер (1920) замечает, что возникновение бредовых идей чаще, но не всегда связано «с нарушением интеллекта», и подчеркивает, что в ряде случаев наблюдается бред при интеллектуальной сохранности. К. Ясперс (1923), обращает внимание на то, что «бредовая работа» в ряде случаев требует максимального напряжения всех интеллектуальных сил. М. О. Гуревич (1927) выводит развитие бредовых идей непосредственно из расстройства мышления. В. А. Лавровский (1938) указывает на то, что «...в общем генезе бредовых идей играют роль интеллектуальный и эмоциональный моменты»— расстраивается интеллектуальное функционирование, а выявляется это «под давлением чувства». Е. Н. Каменева (1938) на основании своих наблюдений делает вывод о том, что при бредообразовании лишь эмоциональные переживания достоверны для больного, а интеллектуальные — лишены безусловной убедительности, сопровождаются критическими сомнениями. Эти переживания амбитендентны· выявляется борьба между здоровым критическим направлением интеллекта больного и бредовым предположением и нет «нераздельной спаянности бреда с личностью больного — бред воспринимается как нечто инородное».

В более поздней работе (1957) этот автор уточняет и детализирует свои взгляды о нарушении истинных логических связей в процессе бредообразования, указывая, что иногда разрыв между воспринимаемым и оценкой воспринимаемого невозможно понять логически из-за их паралогичности. Сюда, по ее мнению, примыкают бредовые или самообвинения, преследования, особого значения, «обнаженного мозга», «обнаженности мыслей», «внедрения чужих мыслей». Она цитирует К. И. Завадского (1900), отметившего при психологическом исследовании ряд особенностей ассоциаций у бредовых больных — эгоцентрические, бредовые, многословные рассуждения и др. А. А. Меграбян (1975) считает, что в сущности бред конструируется искаженным проецированием патологической продукции мыслей и аффектов в окружающую природную и социальную среду.

А. А. Меграбян (1934, 1938) соглашается с П. Жане (1905, 1913), который считает, что при бредообразовании основные расстройства происходят в области «интеллектуальных чувств», а возникновение бреда видит в процессе объективации, отчуждения и интеллектуальных переживаний в результате понижения психического напряжения. В. А. Дереча (1975) отмечает, что даже при органических психозах снижение интеллекта «высвобождает кататимные механизмы бредообразования» до процессов, характерных сначала для всех уровней, а затем для конкретного заболевания. В. Иванов (1981) указывает, что характерные особенности шизофренического бреда сочетаются с расстройством мыслительного процесса и волевых функций. В прошлом этот вид бреда называли «интеллектуальной мономанией». А. М. Рыбальский (1983) выводит ипохондрическое бредообразование из особого ипохондрического мышления (не врожденного, а приобретенного) с ипохондрическим сдвигом в структуре личности в доманифестном периоде. Он считает, что соматическая патология не влияет на возникновение ипохондрического бреда.

Некоторые авторы указывают на безусловную связь бредообразования с различного рода расстройствами памяти, псевдореминисценциями, конфабуляциями, но механизм этой связи не устанавливают [Зиновьев П. М., 1927]. Возможно различной

степенью нарушения образного и абстрактного мышления объясняется тот факт, что при вербальных галлюцинациях легче возникает сложная бредовая концепция, чем при зрительных, поскольку словесное мышление характеризуется большим диапазоном творчества, чем образное. Трудность решения проблемы состоит в том, что словесное мышление можно себе представить в чистом виде, а образное мышление у человека, по-видимому, дополняется словесным.

К приведенным соображениям уместно добавить, что обоснованность строгого разграничения участия образного и словесного элементов мышления в процессе бредообразования вызывает большие сомнения. Возникновение бреда, бредовой концепции всегда творческий акт. Он может быть более или менее продуктивным, может основываться на большей или меньшей паралогичности «посылки», но это всегда творчество, хотя и патологическое. Следовательно, во всех случаях участие преимущественно словесного или преимущественно образного мышления обязательно. При этом необходимо сделать оговорку о том, что степень участия словесного или образного мышления в механизме бредообразования зависит также от особенностей при них «качественного» изменения (не помрачения, а изменения) сознания.

Факторы, способствующие возникновению бреда. Поскольку непосредственная причина возникновения бреда неизвестна, все внешние факторы, так или иначе. участвующие в механизме бредообразования, следует признать в одних случаях лишь сопутствующими, в других — стимулирующими бред и в третьих — имеющими этиогенное значение для образования бреда. Основное значение внешних факторов в возникновении бреда признают К. Бирнбаум (1915), А. С. Молоденков (1925), Т. А. Гейер (1925), К. Конрад (1958), Л. Л. Рохлин (1976) и др. При этом внешние воздействия, с которыми связано возникновение бреда, могут быть неспецифичными и специфичными, т. е. иметь прямую причинно-следственную связь с определенными формами бреда. В частности, развитию острого параноида обычно предшествует непривычная ситуационная обстановка [Жислин С. Г., 1958], инволюционный бред также чаще наблюдается после неблагоприятной для больного ситуации [Лебедев Б. А., 1966], синтимный бред [Майер Г. В., 1915] и идентичный ему голотимный бред [Блейлер Е., 1906] возникают после воздействия недоброжелательного, неприязненного или даже враждебного окружения [Кречмер Е., 1918; Блейхер В. М., 1984].

Важную роль в бредообразовании различных аффективных реакций и, главное, причин, вызвавших эти реакции, признают большинство психиатров. Однако не все авторы однозначно понимают механизм возникновения бреда под влиянием аффекта и по-разному оценивают соответствие формы бреда «эмоциональным причинам», с которыми связано его появление.

Еще П. П. Малиновский (1855) на первое место в возникновении помешательства (бреда) выдвигал нарушение аффекта в виде «мрачного расположения духа» или «веселого расположения духа». Т. Мейнерт (1885) связывает бред преследования с аффектом страха, бред уничижения — с меланхолическим настроением, бред величия — с веселым аффектом и агрессивным настроением, «физиологический бред величия» ребенка — с эгоцентрическим представлением о том, что все окружающие существуют ради него. Он предполагает, что в душе каждого здорового человека имеются зародыши, «семена» бредовых идей и даже бредовых систем, которые могут всплывать на поверхность при разных отрицательных и положительных эмоциях. Н. М. Попов (1897) бредовую интерпретацию окружающего в виде различных символов, знаков, таинственных значений объясняет «тревожным настроением», «тревожным напряжением», «тревожным любопытством». Э. Крепелин (1910) считает, что чувствования, колебания и болезненное возбуждение в «эмоциональной сфере» дают только толчок к образованию бредовых идей, а основу бредообразования составляет психическое расстройство, сопровождающееся нарушением критики.

И. А. Сикорский (1910) пишет, что при аффекте «...мысль лишена свободы и попадает в рабство чувству, которым направляется ее течение. Бред является последствием и выражением господствующего чувства». И. Г. Оршанский (1910) соглашается с Э. Крепелиным (1898) в том, что при прогрессивном параличе, старческом и других психозах бредовые идеи основываются на измененном аффекте. Е. Блейлер (1920, 1927) отмечает, что возникновение бредовых идей иногда обусловлено несоответствием аффекта и мышления или противоречием между ними. При этом эмоциональная настройка играет роль побуждающей силы для мышления, и в то же время чрезмерный эмоциональный накал обусловливает односторонность, предвзятость мышления, что приводит к бреду. В. М. Морозов (1934) полагает, что бред иногда возникает из неясных переживаний, «диффузных загадочных» отношений к собственной личности. М. И. Вайсфельд (1936, 1940) подчеркивает, что бредовые идеи сочетаются с отрицательными эмоциями (страх), которые могут предшествовать, сопутствовать бредовым идеям или быть их следствием. Е. Н. Каменева (1938) признает, что состояние тревоги и настороженности создает у больного «бредовое настроение», являющееся первой стадией бредообразования.

Г. Е Сухарева (1955) считает, что у детей, больных шизофренией, «рудиментами бреда», из которых он развивается, можно считать приступы страха за свою жизнь и здоровье, под влиянием которых формируется «бредовая настроенность». Почти то же самое повторяет Е. Е. Сканави (1962), отмечающая, что у детей в основе бредообразования нередко лежит изменение самочувствия с ощущением угрозы жизни и здоровью, выражающееся в немотивированных разлитых страхах, иногда приобретающих ипохондрический или навязчивый характер и нередко сопровождающихся яркими зрительными представлениями. Ф. Виани и соавт. (1969) находят, что в детском возрасте «бредовая система» в одних случаях базируется на психопатологической структуре, в других — на невротической, при которой сохраняется аффективная связь с действительностью. При этом в основе возникновения бреда у детей, по их мнению, лежат страх и нарушение восприятия собственного «Я», а сам бред может выражаться в форме бредового восприятия, бредовой интуиции, бредоподобной реакции, бредового мышления. Многие психиатры, в частности И. Попов и Н Бозик (1978), исключают возможность развития паранойи и парафрении в допубертатном возрасте. Они отмечают, что бред у детей отличается неустойчивостью, пестротой, драматизмом, вычурностью, «бесцветностью», несистематизированностью.

А. А. Меграбян (1967) особо выделяет точку зрения, согласно которой источниками кататимных бредовых идей являются выраженный аффект, желания и опасения, окрашивающие определенные ряды представлений с концентрацией на них всей психической деятельности личности. Он также согласен с тем, что аутистическое мышление управляется стремлениями, не всегда соответствующими логике и действительности, причем аффекты, ле-

жащие в основе стремлений, по известным законам прокладывают путь для соответствующих ассоциаций, иногда противоречивых, что облегчает образование бредовых идей. А. А. Меграбян (1967) цитирует также В. Майер-Гросса, относящего к бредообразующим факторам сознание особого значения, сознание собственной недостаточности, «бредовую интерпретацию происходящего на свой счет», аномалии переживаний и бредовое настроение. В. А. Гиляровский (1938, 1954) полагает, что появлению бреда способствуют изменения соматических ощущений, чувственные восприятия и аффективные переживания, создающие условия для катестезического, кататимно-сензитивного и голотимного бредообразования, характеризующегося своеобразными закономерностями, зависящими от конкретного психического заболевания.

По мнению О. П. Вертоградовой и соавт. (1974), разным бредовым состояниям предшествуют изменения аффекта, неясная тревога, неоформленные опасения — бредовое настроение, с преобладанием в одних случаях аффекта недоумения, в других — аффекта страха и тревоги. В. А. Дереча (1975) общим признаком всех бредовых психозов независимо от нозологической принадлежности считает страх, проявляющийся в разных вариантах и с разной интенсивностью,— подозрение, недоверчивость, опасение, тревога, боязливое ожидание, аффект недоумения, аффект страха без конкретизации, тревожные предчувствия, ощущения угрозы и беспокойство. А. М Рыбальский (1983) не соглашается с тенденцией связывать все без исключения бредовые синдромы с аффективной патологией. Т. Я. Хвиливицкий (1970) высказывает мысль о том, что бурный аффект может быть первоначальной причиной бредообразования, которое затем развивается по собственным законам.

Осмысление результатов множества исследований, посвященных изучению механизма бредообразования, а также анализ собственных клинических наблюдений позволяют выделить три формы бредообразования.

1. Бред возникает в результате существенного нарушения мозговой деятельности, выражающегося в помрачении сознания или его изменении, вызванном острой экзогенией. В подобных случаях бред возникает изолированно или одновременно с нарушением мозговой деятельности, более или менее соответствуя этому нарушению по интенсивности и фабуле. Подобные бредовые переживания развиваются и видоизменяются параллельно с развитием и колебаниями вызвавшего их фактора. Бред исчезает одновременно с прояснением сознания и прекращением экзогенной реакции или после этого. Бред такой формы не возникает генуинно, эссенциально и не развивается самостоятельно, самопроизвольно.

2. Бред возникает в непосредственной связи с экзогенией, помрачением сознания и на первом этапе развивается в зависимости от колебаний их интенсивности, а в дальнейшем принципиально видоизменяется, трансформируется и приобретает самостоятельное развитие. При такой форме бредообразования на каком-то этапе болезни бред становится независимым от вызвавших его экзогении, помрачения сознания и сохраняется после их исчезновения. В дальнейшем бред становится основным, стержневым психопатологическим синдромом.

3. Бред возникает одновременно с дебютом или в процессе развития психического заболевания, начавшегося без видимых

причин, и включает в свою структуру бредовую симптоматику, зависящую только от закономерностей развития болезни. Природа бреда при подобном механизме возникновения неясна и причина трансформации нормальной мыслительной деятельности в бредовое мышление неизвестна.

Приведенная классификация вариантов бредообразования не исключает влияния на его механизм всех анализировавшихся выше эндогенных и экзогенных факторов: конституциональных, личностных, преморбидных, соматогенных, психоорганических, психологических и др. Подчеркнем — «влияние», а не патогенетическое воздействие. Иными словами, все эти факторы непосредственно не участвуют в механизме бредообразования, а лишь способствуют развитию бреда или тормозят его.

Форма, свойства, тема, содержание бреда. Большинство авторов посвящают свои исследования изучению психопатологической структуры и механизма образования различных форм шизофренического бреда. Вместе с тем трудно назвать психическое заболевание, при котором никогда не бывает бредовых переживаний, причем возникновение, проявление, психопатологическая характеристика и исход бреда своеобразны при разных болезнях. Указанное своеобразие легко заметить при сравнении острого параноида и хронического эпилептического бреда, алкогольного делирия и хронического алкогольного бреда ревности, паралитического и острого фебрильного бреда, онирического и онейроидного бреда, пресенильного бреда ущерба, бреда Котара и т. д.

Особо следует рассмотреть зависимость особенностей бреда от вариантов бредообразования. Вопрос о механизме бредообразования следует сопоставить с современными взглядами психологов на формирование умозаключения в норме, так как формирование патологического умозаключения приводит к возникновению бреда. Исходные позиции для интеллектуального творчества обычно включают информацию о решенных, разрешаемых и подлежащих разрешению проблемах. К патологическому творчеству нередко приводит ошибочно воспринимаемая и извращенно осмысливаемая информация. При бредовом творчестве бредовая идея (бредовое открытие) может возникнуть либо внезапно, интуитивно, т. е. вне сферы сознания, осмысления, либо в связи с «бредовой работой», «бредовым развитием»: от абстрактного построения — предположения возможного, теории — до аксиоматической бескомпромиссности — бреда, с практическими (для больного) выводами. В одних случаях позитивная бредовая теория в начале своего развития не имеет никаких оснований, и лишь в дальнейшем находятся условно логичные или паралогичные доказательства, возникшие в рассуждениях больного (в диалоге больного с самим собой), в других случаях она оказывается результатом аутодиалогических рассуждений больного, сопровождавшихся бредовым на-

строением, бредовой готовностью. Появляющаяся при творческом озарении убежденность в правильности возникшей идеи обычно влечет за собой потребность в подтверждении новой идеи проверкой. В то же время при бредовом озарении убежденность в правильности бредовой идеи обычно не требует подтверждения.

И. Г. Оршанский (1910) подчеркивает, что возникновение бредовой идеи нельзя считать результатом сознательного продуктивного творчества, поскольку это не целесообразная умственная работа, а «конвульсия, неудержимый импульс заболевшего мозга». При этом в отличие от человека здорового больной с патологическим творчеством — бредом — не способен выполнять творческую работу «по заказу», т. е. с привлечением воли. Б. А. Лебедев (1966) пишет, что бред возникает при наличии проблемной ситуации и направлен на ее разрешение. Добавим от себя, что это касается любого интеллектуального творчества: творческий акт начинается тогда, когда возникает проблемная ситуация или ставится задача. Г. Губер и Г. Гросс (1977) отмечают, что темы образующегося бреда могут интерпретироваться через личность, например преследование больного и причинение ему вреда может расцениваться как обнаруженный «первобытный страх людей перед хитростью и властью личных врагов и надчеловеческой властью» или «бред призвания и величия — как исполнение глубоколежащей мечты о магических потенциях ко всему» И Я. Завилянский и В. М. Блейхер (1979) указывают, что при параноидном бредообразовании бредовые идеи возникают сразу и сопровождаются чувством облегчения, освобождения от гнетущей неизвестности; происходит кристаллизация бреда [Балинский И. М., 1858], т. е. неясные тревоги, предчувствие выливаются в конкретные бредовые переживания, что облегчает объективную реакцию больного, освобождает его от неизвестности.

Несколько иначе представляют сущность бредообразования основоположники психоаналитической теории.

Представители школы З. Фрейда рассматривают бред как стремление преодолеть переживания «витальной угрозы», или как подсознательное стремление компенсировать собственную недостаточность (включая сексуальную) или как реакцию на возникновение непреодолимых препятствий, ведущих к крушению надежд. Новые попытки разъяснить и «психологически понять» бред и бредовые заболевания с помощью психоаналитической теории оказываются не более успешными, чем предпринимавшиеся ранее попытки сторонников теории конструктивного значения бреда, его целостности. Достоверно лишь то, что биографические и общие психореактивные моменты, а вместе с этим психогения проявлений «бытия сейчас» и динамика протекания бреда более или менее следуют дальше указанного влияния «в негативном или позитивном смысле» [Губер Г., Гросс Г., 1977].

Пути, этапы, периоды, способы развития бреда. Механизм возникновения бреда, его фабула, характеристика и степень систематизации, как уже отмечалось, в значительной мере зависят от следующих индивидуальных особенностей «носителя бреда»:

а) врожденной интеллектуальности, т. е. интеллектуальности sui generis;

б) появления «психического сдвига»— дебюта психического заболевания;

в) творческих способностей интеллекта пациента.

В случаях шизофрении причина «психического сдвига» неизвестна. При экзогенных психозах причина известна, но неясно, почему при прочих равных видимых условиях один и тот же экзогенный фактор, не вызвавший у других больных психического заболевания, в данном случае приводит к его развитию. Таким образом, существуют различия между факторами, побуждающими к возникновению или дальнейшему развитию бреда, и реализацией этих факторов в виде проявлений бредового психоза либо развития его бредовых этапов. Различия состоят в том, что первые факторы включаются в механизм бредообразования, а вторые лишь отражают симптоматику, вызванную этими механизмами. В связи с этим, когда говорят об этапах бредообразования, имеют в виду не его механизмы, не причины бредового осмысления, а следствие действия этих причин. При любой структуре бредообразования, основывающегося, например, на нарушении восприятий и впечатлений (сюда относится галлюцинаторный бред), ошибочных суждениях или умозаключениях, теоретически наиболее важно решить вопрос о том, что служит причиной, а что следствием: ошибочное впечатление, суждение, умозаключение явились следствием начавшегося психического заболевания или, наоборот, эти нарушения обусловили дебют психического заболевания? Иными словами, бред преследования, например, вызван ошибочным впечатлением, суждением, умозаключением или уже начавшийся психоз привел к ошибочному впечатлению, суждению, умозаключению?

Наряду с категорическим возможен двоякий ответ на этот вопрос: может быть и так, и так. В последнем случае следует попытаться определить, насколько типичен или специфичен тот или иной характер бредообразования для разных бредовых психозов. Предварительное, основывающееся на клиническом опыте предположение состоит в том, что во всех случаях шизофренических психозов ошибочные суждения, умозаключения, впечатления возникают в связи с началом заболевания, следовательно, специфическим признаком шизофренических психозов является то, что всем нарушениям предшествует дебют психического заболевания. Характерный, но неспецифический признак экзогенных психозов — предшествование психозу ошибочных впечатлений, суждений, умозаключений, т. е. не исключено, что сначала развивается заболевание, а затем возникают ошибочные впечатления, суждения, умозаключения.

Иногда имеется достаточно оснований для предположения о том, что в результате развития психического заболевания в сознании больного «все подготовлено для возникновения бреда» и уже имеется вся его «атрибутика»— страх, подозрительность, паралогичная оценка происходящего вокруг и т. п., нет только сформировавшегося бреда. В подобных случаях бред возникает внезапно, как бы в результате непредвиденного появления фабулы (например, при случайно услышанном разговоре, на ос-

новании прочитанного в газете или на плакате). По-видимому, можно различать два основных вида развития бреда:

а) от неправильного, ошибочного, паралогичного толкования фактов, событий до формирования их бредового объяснения;

б) от абстрактной бредовой теории до ее конкретизации и кристаллизации в виде бредовой теории, постепенно превращающейся в бредовую аксиому. Возникновение бреда всегда связано с паралогичным сдвигом мышления в виде: ошибочной оценки действительных событий; ошибочных суммарных выводов о происходящем вокруг; неправильного формирования посылки для дальнейшей мыслительной работы и возникновения дальнейших ассоциаций, связанных с неправильной «посылкой»; формирования ошибочного суждения и необъективной проверки его правильности; ретроспективного переосмысливания давно минувших событий в плоскости бредового умозаключения, с позиции бредового умозаключения.

Основные *способы, периоды, варианты* развития бредового синдрома изучаются в течение последних 100 лет. Однако с сожалением можно отметить, что предположения по данным вопросам, высказанные 100 лет назад, не претерпели существенного качественного изменения. За эти годы лишь повторялись и в различных вариантах интерпретировались соображения и предположения, высказанные ранее.

И. М. Балинский (1858) приводит следующую схему «кристаллизации» бреда: смена бредового ожидания, бредового подозрения, бредового настроения бредовым осознанием с переоценкой бредовым образом происходящих и происходивших событий, явлений, а также связи между ними [Блейхер В. М., 1984]. Н. М. Попов (1898) считает, что бредообразование состоит из периода тревожных ожиданий различных перемен обстоятельств, связанных с больным, и периода аллегоризации (в современной терминологии — интерпретации) всего происходящего вокруг, т. е. бреда, изменяющего сущность «Я» и взаимоотношений «Я» с «не Я». Э. Крепелин (1910) началом развития бредовой идеи считает «бред отношения», когда «...поведение окружающих кажется подозрительным, внушающим опасения и имеющим особенный смысл: больной думает, что он является центром всеобщего внимания, видит таинственный смысл в обыденных вещах». Автор отмечает, что, развиваясь, «неопределенные предчувствия с быстротой молнии могут превратиться в бредовые идеи».

В. П Сербский (1912) называет следующие «способы развития бредовых идей»: из меланхолического или маниакального настроения; из галлюцинаций; «из неправильного толкования ненормальных ощущений»; из «обманов воспоминания, образов фантазии или смешения сонных грез с действительностью» (часто у истеричных людей); путем «заимствования от других лиц»— индуцированное помешательство; «самостоятельное, первичное» возникновение бредовой идеи.

Ю. В. Каннабих (1928) сообщает, что еще Ж. Фальре (1794—1870) различал три периода в развитии бреда: период инкубации; период систематизации — самый важный и интересный с его поразительной интеллектуальной активностью, часто с прекрасной логикой, крайне разнообразной и сложной мозговой работой; период стереотипии (содержащий бред, нашедший свою формулу, остановившийся в своем развитии; это клише, не подлежащее никаким изменениям).

Е. Н. Каменева (1938) приводит варианты начального бредообразования: препараноидное состояние, при котором еще нет бредовой структуры, идей

преследования, виновности, но есть неопределенность, тревога, опасение; незаконченное бредообразование в собственном смысле, при котором имеются выраженные бредовые переживания, но бредовое суждение не завершено, «логически» не сформировано; параноидный страх при достаточно определенных бредовых переживаниях и суждениях, но при некоторой способности к коррекции и выраженности аффективной реакции.

Н Ф. Дементьева (1974) повторяет ранее многократно высказывавшуюся точку зрения, согласно которой бред (имеется в виду чувственный бред) развивается в таком порядке: аффективные расстройства — бредовое настроение, бредовое восприятие с усилением недоумения — симптом инсценировки — бредовое восприятие или бредовая интерпретация. О. П. Вертоградова и соавт. (1974) определяют следующую закономерность развития острого бредового приступа с точки зрения уровня поражения психической деятельности: растерянность, бредовое восприятие, ложное узнавание, явление инсценировки, чувственный бред в широком смысле как высший уровень поражения мозговой деятельности, дальнейший более широкий уровень «захвата», обширный уровень «вовлечения». Болезненный процесс переходит на другой, более глубокий уровень, с меньшей зоной, меньшей широтой, но характеризующийся присоединением идеаторных бредовых интерпретаций и кристаллизацией бреда. В. А. Дереча (1975) указывает на значимость двух основных моментов инициального периода бредообразования: генез основных психопатологических изменений начального этапа той или иной болезни представляется как следствие развития болезни — от неспецифических общепатологических регистров до механизмов, характерных сначала для всех уровней заболеваний, затем для конкретного заболевания.

А. В. Снежневский (1983) пишет, что развитию бреда предшествуют: напряженное предчувствие надвигающейся катастрофы; необъяснимое мучительное беспокойство; ощущение таящейся повсюду опасности; ощущение нависшей угрозы; приобретение окружающим иного смысла.

Многие авторы особо изучали некоторые варианты и способы бредообразования и развития бреда, такие, как «озарение», дебют, этапы, систематизация.

А. Д. Зурабашвили (1975) пишет, что шизофреническое озарение есть следствие антиномного, непереработанного, логически непроверенного и этим действительно неожиданного заключения дезинтегрированной психики. При шизофрении личностный уровень проявляет антагонистическую ригидность (вместо антиномной недвижности) и лишен высшего анализа — синтеза, возможностей сопоставления и противопоставления «за» и «против».

К. Конрад (1958) различает следующие этапы развития бредовой шизофрении: безумные, нелепые действия; инициальная депрессия; иногда чувство страха, иногда мысли о виновности, обычно с утратой — отчуждением от «Мы» и сосредоточением на «Я»; отсутствие истинных реактивных факторов при возможном их участии в виде «пускового механизма»; чувство «недоверия», нередко перерастающее в бред; бредовая настороженность — наличие чего-то такого, что есть в атмосфере, с возникновением субъективного мира бредовых переживаний в психозе, с невозможностью для больного осознать, что это бред, и в этом сущность бреда; манифест бреда, возникающего после указанных выше переживаний, обозначаемых термином «трема» — предчувствие, предвестники. Итак, трема — это напряженность с оттенком виновности, депрессивной подавленности, приводящая к тому, что окружающий мир воспринимается с недоверием, с постепенным приобретением черт враждебности к больному. После первой фазы — тремы — автор выделяет бредовую фазу, когда наряду с «патологическим содержанием сознания» и «характером отношения без прецедента» (Г. Груле) наступает состояние, называемое апофенией,— переживания с бредовым восприятием, бредовыми представлениями, базирующимися на «первичном бреде откровения».

Р. Я. Вовин (1959) признает обоснованным то, что некоторые авторы понятию «процесс» при бредообразовании противопоставляют понятие

«развитие», поскольку «бредовые построения» возникают в результате взаимоотношений больного с окружающей средой и, развиваясь, становятся понятными, но создают бредовую «настроенность», при которой преувеличенное значение придается событиям, действительно имеющим место. Затем идет стадия перехода бредовой настроенности в бред и, наконец, происходит закрепление бредовых идей.

По мнению Е. Е. Сканави (1962), у подростков развитие бреда, так же как и у взрослых, идет от бредовой настроенности до бредовой убежденности. Л. И. Видманова (1977) сообщает о наблюдавшейся ею своеобразной психопатологической двойственности; сочетание мгновенной интерпретации мельчайших подробностей окружающей обстановки, характерной для бреда восприятия, с систематизацией бредовых идей при наличии тенденции формирования единого бредового стержня, что характерно для хронических параноидальных психозов.

Взгляды на сущность систематизации бреда также высказывали многие авторы.

Н. М. Попов (1897) пишет, что первая возникшая нелепая, бредовая идея служит проводником для следующих бредовых идей, которые образуются уже значительно легче, в результате чего развивается «бредовая система». К. Ясперс (1923) считает, что бред может быть несистематизированным при острых психозах и систематизированным при хронических. Систематизированный бред требует большой бредовой работы. Он понятен во всех своих связях и совершенно не понятен в отношении первичного переживания. М. И. Вайсфельд (1939) выделяет группу бредовых идей преследования, возникающих после «бредовых рассуждений», в результате которых появляется бред, называемый систематизированным, причем в «системе» бреда иногда могут возникать «бредовые предположения». Параноидная система создается на основе непосредственных переживаний особым органическим фактором; она не является нормальной, понятной реакцией на галлюцинации и непосредственные идеи, а уже сама по себе есть патологическое обнаружение, составляя продукт органического фактора, т. е. «болезни».

Следует признать, что вполне обоснованно рассматривать механизм бредообразования в его взаимосвязи с феноменом психического автоматизма.

Г. Клерамбо (1927) считает, что «церебральная органическая обусловленность бреда «опосредована» через психический автоматизм, в отношении которого бредовые идеи воздействия являются надстройкой — «вторичной конструкцией способного к суждению интеллекта», его интерпретациями. А. А. Меграбян (1967) пишет, что французские психиатры развивают концепцию В Вернике «о сеюнкции», т. е. тенденции к расщеплению психики, обусловленной соматогенным органическим поражением церебрального аппарата. При этом в основе бреда усматриваются явления психического автоматизма, а сознанию личности в процессе бредообразования придается минимальное значение. Л. К. Хохлов (1975) усматривает в структуре феномена Кандинского—Клерамбо все основные формы бредообразования: кататимную, голотимную, катестезическую, галлюцинаторную, деперсонализационную.

Соотношение понятий «механизм бредообразования» и «психический автоматизм» можно представить в двух вариантах:

1) феномен психического автоматизма всегда включает бредовой компонент, или, иначе, бред во всех случаях можно считать одним из обязательных проявлений «психического автоматизма»;

2) проявление «психического автоматизма» не всегда включает бредовой компонент, или, иначе, некоторые признаки феномена «психического автоматизма» могут быть констатированы в отсутствие их ксенопатической проекции, т. е. без бреда.

Первый вариант обусловливает признание существования единого механизма, ведущего к образованию феномена «психического автоматизма», включающего бред. При втором варианте можно предположить, что нарушение нормальной психической деятельности, сущность которого неизвестна, ведет к возникновению феномена «психического автоматизма», часто (но не обязательно) составляющего в дальнейшем основу механизма бредообразования.

Попытка решения вопроса о правомерности того или иного предположения прежде всего зависит от принципиального подхода к существу феномена «психического автоматизма».

В 1885 г. В. Х. Кандинский впервые описал психопатологические явления, которые много позднее, в 1919—1927 гг., Г. Клерамбо систематизировал и назвал феноменом психического автоматизма. Результаты анализа всех работ Г. Клерамбо, включая его заключительный доклад Парижской медицинской академии, свидетельствуют о том, что в рамки синдрома психического автоматизма им включены все псевдогаллюцинаторные явления, изученные В. Х Кандинским. Именно поэтому А. Л. Эпштейн (1929) и А. А. Перельман (1931) предложили назвать феномен психического автоматизма синдромом Кандинского—Клерамбо.

Это предложение столь же правомерно, сколь необоснованна установка М. Г Гулямова (1965, 1968) и его сотрудников [Бухман Ю М, 1977, и др.], использующих понятие «феномен психического автоматизма Кандинского» (а не Кандинского—Клерамбо). Вклад Г. Клерамбо в учение о феномене психического автоматизма так велик, что исключить его имя из названия этого понятия было бы несправедливо.

В своей монографии, ставшей классической, В. Х. Кандинский основное внимание уделяет феномену, названному им псевдогаллюцинацией. Г. Клерамбо, хотя и не во всех работах, также ограничивает рамки феномена психического автоматизма явлениями, близкими к псевдогаллюцинациям. Формулируя определение понятия «психический автоматизм», Г. Клерамбо (1927), в характеризующую этот феномен триаду включает:

а) чувственный автоматизм — алгии, парестезии и др.;

б) высший психический автоматизм — перцептивные явления в виде слов, «звучания мысли», надписей и т. п, а также идеаторные автоматизмы — «внушенные подставные мысли», «вынужденное мышление», наплывы мыслей, «повторение мыслей», «слышание мыслей», «эхо мыслей», «чтение мыслей», «вытягивание мыслей» и т д. и феномены мнестического характера — «исчезновение мыслей», задержки в мышлении, забывания, ложные воспоминания, гипермнезии;

в) явления аффективного и двигательно-волевого автоматизмов, к которым относятся различные дисфории, страхи, тревожное настроение, вспышки гнева, непонятные чувства симпатии и антипатии, чувство странной перемены в людях и вещах, окружающих больного, а также невозможность принимать решения, вынужденные решения, вынужденные гримасы и жесты, двигательные автоматизмы, различные дискинезии, задержки жестов и мимики, словесный и письменный автоматизмы.

А. А Перельман (1931) отмечает, что в синдром психического автоматизма входит патокинетический компонент (ощущение нарушения личности, частично осознаваемое больным в качестве чего-то нового, чуждого собственному «Я») и патопластический компонент (бредовое толкование перечисленных выше переживаний). По его мнению, наличие синдрома психическо-

го автоматизма свидетельствует о расстройстве синтеза сознания и активности личности, что сближает этот синдром с деперсонализацией. Вместе с тем он справедливо полагает, что в основе явлений психического автоматизма лежит нарушение координированных церебральных сочетаний «аффективно-интенциальных импульсов», с одной стороны, и «импрессионно-мнестической и реактивно-двигательной деятельности»— с другой. При этом А. А. Перельман (1931, 1959) подчеркивает, что для всего синдрома Клерамбо характерно чувство чуждости, в связи с чем А. Клод (1925, 1930) предлагает обозначать его «синдромом внешнего воздействия», отождествляя, таким образом, с бредом.

В изложении А. В. Снежневского (1970) чувственному автоматизму Клерамбо соответствует сенестопатический автоматизм, высшему психическому автоматизму — ассоциативный и двигательно-волевому — кинестетический автоматизм.

Понимание феномена психического автоматизма А. А. Меграбян (1961) основывает на том, что автоматизированные навыки физического и умственного труда обычно находятся под контролем сознания, поэтому в любой момент человек может изменять их направленность, интенсивность и содержание, проявляющиеся в восприятиях, мышлении и действиях. В этой специфической особенности сознания, по его мнению, заключается один из важнейших признаков психического здоровья человеческой личности. Под автоматизацией он понимает не механическое осуществление машинообразного функционирования, а системность нервных процессов, при которой отдельные частные функции, сочетаясь и объединяясь, образуют более сложные структуры. «Патологический психический автоматизм» он считает выражением деавтоматизации в сфере мышления, речи и действия, особо подчеркивая, что больные субъективно расценивают данное патологическое состояние как лишение самостоятельной активности, свободы и превращение в «автомат», находящийся в зависимости от внешних враждебных действий».

Большинство авторов, изучавших явления психического автоматизма, основным его компонентом считают чувства внешнего воздействия, посторонней силы, действующей извне. Подобные чувства, по их мнению, сочетаются в сознании больного с чувством отчуждения элементов его собственной психической деятельности. Основываясь на этом, некоторые психиатры, с одной стороны, относят к проявлениям психического автоматизма все психотические переживания, сопровождающиеся чувством сделанности, постороннего влияния (включая галлюцинации и бред, возникающие при помрачении сознания, а также бредовые идеи физического воздействия, отношения, преследования и др.), с другой — не считают проявлением психического автоматизма иллюзии, истинные галлюцинации, органические и другие галлюцинозы, при которых нет чувства сделанности.

М. Г. Гулямов (1965) напоминает, что синонимами понятия «синдром психического автоматизма» является бред гипнотического очарования [Бехтерев В. М., 1905], бред гипнотического влияния [Владычко С. Д., 1912], синдром внушенных переживаний и воздействия [Вайсфельд М., 1935], ксенопатический синдром [Гиро П., 1937], синдром психического воздействия [Каменева Е. Н., 1957], псевдогаллюцинаторный синдром [Хохлов Л. К., 1958].

Кроме того, нередко ставят знак равенства между синдромом психического автоматизма Кандинского—Клерамбо и псевдогаллюцинациями Кандинского. Все это позволяет некоторым авторам относить к псевдогаллюцинациям психотические симптомы, наблюдаемые при различных психозах:

алкогольных [Хохлов Л. К., 1958], гипертонических, гриппозных, токсико-инфекционных, сифилитических [Гулямов М. Г., 1968], травматических [Гайдай Е. С., 1969], ревматических [Полонская З. В., 1969], бруцеллезных [Тощева Т. Е., 1969], церебросклеротических и инволюционных [Бухман Ю М., 1975] и др. Вместе с тем в приводимых этими авторами наблюдениях отмечается параллелизм между галлюцинациями с интрапроекцией, а также другими феноменами психического автоматизма и помрачением сознания или его изменением в вечернее и ночное время. Кроме того, устанавливается зависимость появления синдрома от острых головных болей и «соматического утяжеления» Подчеркиваются также острое начало и критическое окончание синдрома психического автоматизма, отсутствие существенного нарушения мышления до и после него. Иными словами, псевдогаллюцинациями названы феномены, при которых отсутствуют основные указанные В. Х. Кандинским (1890) признаки· возникновение при непомраченном сознании и связь с предшествующим и последующим нарушением мышления.

Современные знания о психической деятельности человека в норме и патологии, роли бессознательного в этой деятельности и психических автоматизмах нельзя признать достаточными, поэтому мы воздерживаемся от категорического заключения по указанным вопросам. Вместе с тем предпосылками к их обсуждению, по нашему мнению, являются известные клинические факты:

а) природа деавтоматизации нормальной психической деятельности с возникновения феномена психического автоматизма и механизма бредообразования неоднозначна при помраченном и непомраченном сознании больного;

б) симптомы феномена психического автоматизма не во всех случаях сопровождаются ксенопатической проекцией, т. е. бредом (например, если при психических галлюцинациях бред внешнего воздействия имеется всегда, то псевдогаллюцинации не всегда сопровождаются бредом);

в) некоторые симптомы, рассматриваемые в рамках феномена психического автоматизма, почти никогда не сопровождаются бредом (органический галлюциноз), или крайне редко сопровождаются бредом (идеаторный галлюциноз), или сопровождаются бредом не всегда (истинные галлюцинации). Иными словами, многообразные симптомы, объединенные понятием «феномен психического автоматизма», нередко принципиально различаются характеризующими их параметрами.

На основании изложенного выше допустимо утверждать, что механизм бредообразования и механизм возникновения синдрома психического автоматизма, будучи интимно связаны, подлежат условно раздельному исследованию.

Особо следует подходить к изучению условно разделенных этапов процесса бредообразования с позиций принципов, законов, категорий формальной логики. Правомерен вопрос: какое теоретическое и практическое значение для психиатрической клиники имеет философско-психологическая разработка проблемы бреда. Попробуем ответить на него. В теоретическом отно-

шении понимание механизма бредообразования в какой-то степени может приблизить нас к пониманию сущности — познанию процесса мышления. В практическом отношении оценка механизма бредообразования в каждом случае позволяет квалифицировать форму бреда, его структуру, а следовательно, помогает установить диагноз психического заболевания. Здесь уместно вслед за В. С. Библер (1967) повторить известное положение о том, что философствовать означает осуществлять теоретическую деятельность, направленную на логическое обоснование исходных, принципиально недоказуемых (не могущих быть обоснованными в данной теоретической и, шире, логической системе) «аксиом теоретизирования». Если принять элементарную формулу, согласно которой процесс мышления слагается из впечатления, суждения и умозаключения на основании ряда суждений, то можно предположить, что интересующие нас психопатологические феномены (сверхценные, навязчивые бредовые идеи) могут возникать на любом этапе мыслительного процесса:

а) неправильное, искаженное, извращенное впечатление или изменение количественной характеристики впечатления может оказаться основанием для возникновения навязчивостей;

б) неправильное впечатление может привести к неправильному суждению, а группа неправильных суждений может служить источником ошибочного умозаключения. Последнее при достаточной заинтересованности интеллекта, эмоциональной или аффективной окраске, подавляющей критику, может служить основой сверхценных образований; вне психического заболевания ошибочное умозаключение при наличии той же эмоциональной или аффективной реакции также может служить стержнем сверхценного образования;

в) ошибочное умозаключение, возникшее в дебюте или процессе развития психического заболевания, в сознании больного нередко тесно связано с его интересами и переживаниями (непосредственной или опосредованной угрозой, чувством ущербности, переоценкой собственной значимости), поэтому участвует в формировании любых бредовых идей преследования, ущерба, величия.

Ошибочное умозаключение, следовательно, может быть высказано и забыто (при отсутствии психического заболевания), может служить поводом для образования сверхценных идей (при пограничных состояниях) и, наконец, может привести к построению бреда (при наличии психического заболевания).

Соотношений между теми или иными элементами механизма бредообразования и категориями формальной логики касались многие авторы.

К. Ясперс (1923) отмечает, что на почве бредовых переживаний, обманов восприятий и всех первичных переживаний, дающих повод к фальсификации суждения, вырастают разнообразнейшие бредообразования, несисте-

матизированные, неясные при острых психозах и длительных дефектах и систематизированные у сознательных хроников. В последнем случае выполняется своего рода бредовая работа, иногда требующая всех интеллектуальных сил личности. Так возникает бредовая система, совершенно понятная в своих связях и становящаяся непонятной лишь в отношении первичного переживания. Е. Н. Каменева (1938) признаком «неразвернутого бредообразования» считает заметное отставание «бредового суждения» от бредовых переживаний, т. е. бредовые переживания могут быть выражены достаточно ярко, а суждение о них (вторичная интерпретация) не отличается убежденностью, категоричностью. При этом бредовые суждения, т. е. не поддающаяся коррекции оценка бредовых переживаний, выражены по-разному на различных стадиях бредообразования или отсутствуют.

К. Конрад (1958) пишет, что если апофения представляет собой изменение внешнего мира и его предметов по отношению к субъекту, то анастрофе — это самовосприятие «Я» как центра окружающего мира. Они неразрывно связаны между собой и вместе — с механизмом бредообразования. Апофения от воздействия внешнего пространства может распространяться на внутреннее пространство больного, его внутренний мир, «внутреннюю сферу личности». Б. А. Лебедев (1966) подчеркивает, что в процессе бредообразования из ложных посылок могут быть сделаны формально правильные выводы, не соответствующие, однако, истине. Он считает, что игнорирование практики как критерия истины является неотъемлемой частью бреда, но не основанием для бредообразования. Е. И. Терентьев (1981) указывает на то, что бред независимо от его прочей характеристики развивается на основе «патологического сдвига суждений с возникновением первичной фабулы, которая обусловливает нарушение мыслительного процесса и формирование своеобразного порочного круга суждений». А. В. Снежневский (1983) настаивает на том, что при первичном бреде нарушается преимущественно рациональное логическое познание — отражение внутренних связей действительности, а чувственное познание остается относительно сохранным — непосредственное отражение явлений и предметов реального мира и их внешних связей в ряде случаев не нарушается. При этом иногда можно отметить логические построения в цепи доказательств заведомо бредовой идеи. По-бредовому интерпретируется не только настоящее, но и прошлое. Противостоящее бредовой идее отбрасывается как незначительное.

Один из вариантов философской трактовки факторов, предрасполагающих к бредообразованию, состоит в том, что бред возникает под влиянием и в процессе так называемой фрустрации. Представление о связи формирования бреда с фрустрацией по существу сливается с психиатрическим пониманием кататимной формы возникновения бреда.

Фрустрационный механизм бредообразования. Философскому изучению «фактора фрустрации» уделяет особое внимание А. А. Налчаджян (1980). Он пишет: «...термин «фрустрация» принадлежит Н. Д. Левитову (1967), который определяет этот термин как психическое состояние с характерными особенностями переживаний и поведения, вызываемыми объективно непреодолимыми (субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или к решению задачи». Приведенную дефиницию уточняет В. С. Мерлин (1971), который считает, что фрустрация — это «состояние дезорганизации сознания и деятельности, возникающее тогда, когда вследствие каких-либо препятствий и проти-

водействий мотив остается неудовлетворенным или его удовлетворение тормозится».

А. А. Налчаджян предлагает следующую детализацию определения термина «фрустрация»: фрустрация — это объективно трудные проблемные ситуации или представляемые таковыми субъективно данной личностью. Ядром явления фрустрации необходимо считать то психическое состояние, которое возникает у личности под влиянием фрустраторов. Это может быть состояние глубокого разочарования, подавленности, замешательства, ненависти и т. п. или активной внутренней переориентации личности на новые цели и планы взамен тех, от которых пришлось отказаться. Важнейшими компонентами фрустрации являются реакции или «защитные психологические механизмы», которыми личность отвечает на воздействие фрустрирующей ситуации, стараясь избавиться от нее. При этом наиболее фрустрирующими признаются проблемные ситуации, затрагивающие самосознание личности. Автор разделяет все возможные варианты фрустрации на группы, в которых фрустрирующая ситуация обусловлена разными причинами: влиянием процесса социализации; нарушением взаимоотношения личности (ее дезадаптацией) с социальной группой; борьбой личности за высокий социальный статус, за лидерство; воздействием сексуальных трудностей, межполовых конфликтов. К механизмам, защищающим от возникновения фрустраций, он относит рационализацию, компенсирующую кататимное мышление, со снижением цели, оказавшейся недосягаемой, обвинением других в своих неудачах и неправильных поступках, а также произвольное или непроизвольное вытеснение из сферы сознания, иногда подавление невыполнимых для личности намерений, нерезультативных мнений и суждений; психический процесс, посредством которого собственные мысли, чувства, установки и прочие фрустрирующие человека психические качества приписываются другим людям, обвиняемым, например, в том, что это они, а не он питают враждебные чувства; различные формы агрессии, а также ряд патологических реакций. Агрессии, по А А. Налчаджяну, могут быть открытыми, прямыми, однократными и перманентными, замещенными, замаскированными (направленными на собственную личность, на окружение или без конкретного объекта — «свободно витающий» гнев), удовлетворяемые в воображении и фантазии. Защитные механизмы (в большинстве случаев подсознательные) при многократных повторениях фиксируются, становясь устойчивыми чертами характера.

А. А. Налчаджян считает, что продолжением «фрустрации» является «сублимация», которая должна рассматриваться как «особая форма защитной реакции, в основе своей имеющая любое инстинктивное и социогенное влечение или потребность, удовлетворение которой задержано или полностью блокировано (например, запрещено моральными и иными нормами) в данной проблемной ситуации». В отличие от сублимации другие высшие формы деятельности, по мнению автора, не являются защитными реакциями личности». Сублимационные формы умственной активности должны нести на себе печать «невротических комплексов»: чувство неполноценности; убежденность в том, что необходимость заниматься данной деятельностью заставляет личность прииести в жертву собственные интересы; непомерно высокие притязания к окружающим и обществу, связанные с комплексом неполноценности и чувством принесения себя в жертву. Сублимирующий субъект всегда переживает чувство тревоги, переутомления, он работает «рывками» волнообразно. Однако сублимация, по мнению А. А Налчаджяна, может быть полезна для творческого труда, периодическим возникновением мощного эмоционального заряда. Сублимация также может иметь объект влечения и может терять его для замены более возвышенным.

Мы сравнительно подробно освящаем проводимый А. А. Налчаджяном анализ понятия «фрустрационная ситуация» в связи с тем, что такая ситуация может быть основой развития ре-

активного (психогенного) бреда или кататимной бредовой реакции. В этом случае между направлением, содержанием бреда и фрустраторами имеется прямая сюжетная связь. Адекватность бреда фрустрационной ситуации не всегда пропорциональна, что зависит от преморбидных особенностей личности, ее психастеничной или стеничной направленности, наличия кумуляции фрустраторов и зафиксировавшихся реакций. Можно предполагать, что в случаях развития фрустрационного и кататимного бреда (сюда же относится бред, возникший на почве сверхценных идей), участие подсознания относительно меньшее и нет периода (этапа) инстинктивного (подсознательного) развития, а потому, как правило, нет озарения, инсайта.

Частично подводя итоги приведенных рассуждений и в плане оценки логических построений, по-видимому, можно предположить следующее: происходящие вокруг больного события и факты в момент их восприятия оцениваются без искажения, а затем проходят интерпретативную обработку, основывающуюся на паралогичном мышлении больного, образуют «посылку», которая паралогично перерабатывается сначала в абстрактную бредовую теорию, а затем в конкретную аксиоматичную бредовую идею. В результате формирующаяся на основании паралогичных интерпретаций «посылка» сразу же оказывается бредовой. Причем в этом случае бредовая посылка может быть идентична как бредовой теории, так и бредовой аксиоме или соответствовать какому-либо из этапов развития бредовой теории в бредовую аксиому. Абстрактная бредовая теория или бредовая аксиома, отличающаяся большой конкретностью, возникает у больного сразу, интуитивно, без предшествующего накопления объективных или интерпретативно переработанных факторов и их оценки. При этом накопление и оценка объективных или интерпретативно переработанных фактов может вести к развитию бредовой теории и бредовой аксиоме в одних случаях последовательно, путем непрерывных паралогичных рассуждений, а в других — «скачкообразно», с периодом интуитивной «бессознательной», «подсознательной» переработки.

Предварительные соображения о принципах подхода к поискам причин возникновения бреда. Изучение «причинности» бредообразования различных форм бреда («первичного», «вторичного», чувственного, интеллектуального и др.) приводит к мысли о принципиальном единстве процесса формирования «бредового сдвига» мышления. Иначе говоря, во всех случаях бредообразования, изначально не связанных с помрачением сознания, можно предполагать единый механизм трансформации, преобразования нормальной мыслительной деятельности в бредовую. Таким образом, скрытый от глаз клинициста-исследователя механизм «логического сдвига» (превращения нормальной аналитико-синтетической деятельности мозга в бредовую) скорее всего имеет единую

систему возникновения и единый динамический принцип развития. Различны лишь сопутствующие факторы, обусловливающие форму, темп и особенности развития, содержание бреда.

Кроме того, «почва», на которой легче всего возникают бредовые переживания, конституциональные особенности личности, факторы преморбида, по-видимому, включает основные общие и отдельные частные элементы при самых различных формах и вариантах бреда. «Общими» здесь, возможно, являются генетически обусловленные, передаваемые по наследству или сформировавшиеся в процессе филогенеза структура, а также особенности функционирования мозговых образований и систем. «Частными»— факторы, обусловливающие формирование непосредственной причины «бредового развития». Поэтому с известной долей условности можно предполагать, что причинный фактор возникновения бреда обладает лишь относительной специфичностью или даже относительной типичностью, в то же время все факторы, способствующие или препятствующие бредообразованию, не специфичны и не типичны.

Правомерно также предположение о сосуществовании двух, относительно самостоятельных психопатологических факторов: зарождения, возникновения бреда и «самопроизвольного», поступательного развития бреда.

При втором речь идет о том, что каждый последующий этап бреда порождается предыдущим и создает предпосылки для последующего, меньше связанного с причинами, вызвавшими бред, и больше с общими закономерностями развития конкретного психоза, в структуру которого он входит. Приведенные соображения подтверждают ранее высказанную мысль о разнообразии причин, вызывающих заболевание, включающего бред, разнообразии таких заболеваний, единстве механизма начального возникновения бреда и разнообразии последующего его развития, частично имеющего характер поступательной цепной реакции.

Некоторые авторы рассматривают обособленность бредообразования при шизофрении и бредообразовании при других формах психических заболеваний. Например, Е. Н. Каменева (1950) фиксирует свое внимание на типах бредообразования, присущих только шизофреническому процессу, относя к ним возникновение ипохондрического бреда в связи с преимущественным нарушением интерорецепции в его основе; образование бреда преследования и отношения, обусловленного нарушением протопатических аффектов; возникновение других форм бреда, вызванное доминирующим расстройством мышления, его патологической гиперпродукцией, связанной с нарушением функционирования коры.

В общей проблеме механизма бредообразования среди подлежащих разрешению вопросов, по нашему мнению, на первый план выступает определение в процессе мышления (представ-

ление, понятие, суждение, умозаключение) пункта, с которого начинается образование бреда.

В механизме бредообразования можно условно предположить наличие двух этапов: к первому относится развитие состояния «готовности к возникновению бреда», а ко второму — «клиническое проявление бреда». «Готовность» к возникновению бреда предопределена всем патологическим процессом, обусловленным продромой или дебютом болезни. Что лежит в основе появления такой «готовности» к возникновению бреда, науке неизвестно. Однако вполне обоснованно предположение о том, что эта «готовность» появляется в результате многих причин, составивших неизвестную формулу их сочетания, т. е. психофизиологическую комбинацию, при которой нарушается нормальное течение ассоциативных процессов и аналитико-синтетических функций мозга. Переход ко второму этапу может быть вызван аффективными нарушениями, психогенными факторами, любыми другими причинами. Следовательно, «пусковым механизмом» для реализации готовности к возникновению бреда, превращению этой готовности в бред, может оказаться не только относительно специфическая, но также какая-либо неспецифическая причина.

Параметры бреда

Подобно понятию «картина мира» бытует понятие «картина болезни» [Мейлах Б. В., 1983] или клиническая картина болезни, что может соответствовать понятию «модель болезни». Следовательно, можно говорить и о модели различных проявлений болезни, в частности модели бреда. Психопатологическая и клиническая характеристика модели бреда любого бредового феномена включает последовательный ряд критериев, признаков, тесно связанных между собой, поддающихся количественной и качественной оценке. Оценка тех или иных признаков бреда позволяет составить более или менее четкое представление о степени («величине», значимости) различных проявлений бредового синдрома, т. е. о его параметрах в каждом отдельном случае.

Клиническая и психопатологическая квалификация любых бредовых идей или бредовых синдромов основывается на дифференцированном анализе феноменологических признаков бреда и степени их проявлений (в статике, динамике, взаимозависимости). Указанные качественные и количественные характеристики можно объединить понятием «психопатологические параметры бреда». Уточнение этих параметров в каждом отдельном случае позволяет определить клиническую картину сущности бредового синдрома, диагностировать его, отнести его к тем или иным классификационным отделам, группам, подгруппам, т. е. установить вид, форму, вариант бреда, типичную или

специфичную нозологическую принадлежность, предполагаемый прогноз дальнейшего развития бредового синдрома и психоза в целом.

Все критерии, характеризующие бредовой синдром, бредовые переживания, позволяющие оценивать количественные и качественные проявления бреда, следует разделить на предпосылки к построению параметров бреда и собственно параметры бреда.

Предпосылки к построению параметров бреда включают взаимозависимость тех или иных особенностей бреда с состоянием сознания больного, уровнем его интеллектуального развития, элементами познавательной деятельности, состоянием мышления, критики, состоянием эмоциональной сферы.

Собственно параметры бреда определяются его соотношениями с личностью больного, окружающим миром, категориями пространства и времени, темпом и динамикой развития (этапами «кристаллизации» и систематизации). Оценка различных феноменологических проявлений бреда выражается в определении степени: актуальности бредовых переживаний и связанной с нею влияния бредовых идей на поведение больного; соответствия или несоответствия бредовой концепции личностным установкам больного (бывшим до заболевания и в настоящее время); стеничности, экспансивности или астеничности больного в период бредовых переживаний; диффузности, расплывчатости бредовых идей или их концентрированности и завершенности; персонификации и персональной направленности бреда; преобладания аксиоматичной направленности бреда; преобладания аксиоматичности над интерпретативной догадкой при бреде.

К дополнительным, подлежащим оценке, клиническим свойствам бредовых идей также относят: степень постоянства, возможность колебания, объем прогресса и регресса, степень пароксизмальности бредовых идей; степень психологической выводимости бреда из реальных ситуаций жизни. Главная предпосылка к определению параметров психопатологической оценки бредового синдрома основывается на комплексном анализе соотношений между состоянием сознания и бредовыми переживаниями. *Оценка сознания* бредового больного разделяется на анализ: состояния сознания в момент или период бредовых высказываний и бредового поведения; степени соотношения интенсивности проявления бреда и особенностей, глубины нарушения сознания; характера взаимозависимости во времени и пространстве между проявлениями бреда и нарушениями сознания.

Все бредовые синдромы могут быть разделены на патогенетически связанные и не связанные с помрачением сознания. В первом случае речь идет о бредовых феноменах, возникающих параллельно с помрачением сознания в непосредственной

связи с ним или через определенный промежуток времени после появления его признаков и развивающихся затем в зависимости от колебаний интенсивности нарушения сознания. В подобных случаях усиление интенсивности нарушения сознания (до определенного предела) ведет к усилению бредовых переживаний, наибольшему отрыву бреда от действительности, увеличению степени нелепости бреда и т. д. Прояснение сознания, наоборот, уменьшает интенсивность бредовых переживаний, или ведет к их исчезновению, с восстановлением критики (за исключением случаев, при которых после полного прояснения сознания сохраняется так называемый «резидуальный бред», сопровождающийся неполной критикой или ее отсутствием). К бредовым синдромам, имеющим прямую патогенетическую связь с помрачением сознания, можно отнести бред больных тяжелыми инфекционными заболеваниями, острыми интоксикациями, острыми черепно-мозговыми травмами, мозговыми инсультами, а также бред других больных, находящихся в состоянии соматогенного или психогенного расстройства сознания. Особому рассмотрению подлежат бредовые феномены, входящие в структуру синдромов сновидного или сноподобного помрачения сознания — онирического, делириозного, онейроидного. В этих случаях также имеется связь бредовых переживаний с помрачением сознания. Однако связь эта не прямая, поскольку помрачение сознания здесь является основным признаком синдрома, в структуру которого входят не только бредовые переживания, но также галлюцинации, иногда иллюзии, в отдельных случаях — симптом пробуждаемости и т. д.

Принципиально иную группу составляют бредовые симптомокомплексы, развивающиеся при непомраченном сознании, но в одних случаях на фоне резкого интеллектуального снижения (например, при прогрессивном параличе), а в других вне интеллектуального снижения (например, нередко при шизофрении).

Следует обратить внимание на то, что нарушение сознания или его относительная сохранность в равной степени оказывают влияние на развитие и характер бредовых переживаний: прямое — тогда, когда нарушение сознания так или иначе участвует в генезе бреда, а иногда, возможно, лежит в его основе, и косвенное — тогда, когда сохранность сознания, отсутствие его помрачения, облегчает развитие продуктивного патологического творчества. При отсутствии глубокого нарушения сознания, сопровождающегося полной сохранностью ориентировки во времени и месте, может наблюдаться «двойная ориентировка» в окружающей обстановке и происходящем вокруг. Сущность такой «двойной ориентировки» состоит в том, что больной одновременно объективно воспринимает все, что происходит вокруг, и имеет не поддающиеся коррекции бредовые идеи. Приведенное положение не исключает вероятности возникновения фено-

мена, близкого к «двойной ориентировке» и при некоторых вариантах начального периода помрачения сознания. В подобных случаях можно говорить о частичной совместимости «реалистического сознания» и «сознания бредового». «Реалистическое сознание» позволяет больному правильно вести себя и правильно оценивать ситуацию, в которой можно или нельзя говорить о действительных своих убеждениях и переживаниях, то есть проявлять своеобразную критику. Такая «своеобразная критика» не сопровождается какими-либо сомнениями в правильности своей концепции (в действительности бредовой), но дает возможность больному ориентироваться в том, что окружающими признается за «здравые» и «нездравые высказывания». Указанное «двойное осмысление» происходящего вокруг, «двойное сознание» обычно квалифицируется как инкапсулированный бред.

В. А. Дереча (1982) указывает на необходимость оценки зависимости бредовых переживаний, в частности от исходного уровня психотических нарушений, к которым наряду с уровнем «сна — бодрствования» он относит уровни: сенсорного синтеза и осознавания «Я»; витально-аффективный; предметно-чувственного отражения; логического отражения; личностный.

Весьма значимые параметры психопатологической оценки бреда основываются на анализе состояния интеллекта больного и нарушении мыслительного процесса. Анализ *состояния интеллекта* бредового больного включает его оценку в момент возникновения бредовых переживаний (особенности проявления бреда, зависящие от врожденного или приобретенного нарушения интеллекта), а также оценку уровня интеллектуального развития больного (вне зависимости от его бредовых переживаний).

Интеллект бредового больного при его безусловной сохранности может характеризоваться незначительными или средними способностями и может быть высокоразвитым. Уровень интеллектуальных способностей, так же как характер интеллектуального снижения (врожденного — при олигофрении, приобретенного — при органическом заболевании мозга), сказывается, как мы увидим ниже, на сложности бредовых построений, фабуле бреда, его динамике, особенностях систематизации.

По структуре и содержанию бреда можно составить относительное представление о степени интеллектуального развития больного, однако по указанной степени нельзя судить о перспективе доступных данному больному бредовых построений.

К сказанному следует добавить, что отдельные элементы, характеризующие расстройство интеллекта, составляют основу для тех или иных особенностей бреда. К таким элементам, влияющим на структуру и фабулу бреда, относятся различные варианты расстройства памяти (в частности, псевдореминисценции и конфабуляции), нарушения формальных способностей и т. д.

Давно замечено, что на построение бредового синдрома, на особенности критериев, составляющих его параметры, влияют впечатления, непосредственно предшествующие возникновению бреда, оказывающие всегда более мощное, чем «прошлые впечатления и восприятия», воздействие на бредовое умозаключение [Маттей А., 1829]. Бредовое умозаключение больного оказывается в значительной степени зависимым, по структуре и фабуле, от предшествовавших ему «бредовых ощущений» (интероцептивных или экстрацептивных) и «бредовых восприятий», на базе которых в дальнейшем развиваются «бредовые представления» и «бредовые понятия». Наиболее значимыми оказываются бредовые ощущения и восприятия, возникшие с самого начала болезни и связываемые в сознании больного с его личностью, его «Я». На элементах познания, приобретающих бредовой характер, могут базироваться изменения, *нарушения мыслительного процесса,* приводящие к бреду. Такое развитие наблюдается в тех случаях, когда «нарушения процесса познания» предшествуют возникновению бреда, что чаще бывает при постепенно формирующемся бредовом умозаключении, а не при бреде, возникающем по типу «бредового озарения — инсайта». При том и другом варианте «бредовые ощущения, восприятия, представления» и бредовое понятие, умозаключение «не порождают» друг друга, а являются следствием единой причины, обусловленной развивающимся бредовым психозом. При нарушениях логического течения мысли можно говорить «об атаксии мышления». Например, для параноии характерен «атаксический» бред [Рыбаков Ф. С., 1916]. При этом в мышлении больного нередко сочетаются представления, которые не должны связываться между собой по закону нормального хода ассоциации идей, с необоснованным вовлечением «Я» больного и неопровергаемостью этих идей для него [Мендель Е., 1904]. В случаях отсутствия вовлеченности «Я» больного в бредовую концепцию нередко отмечается также наличие частичной критики, что делает бредовую идею незавершенной, «не развернутой».

Ассоциативные и апперцептивные нарушения, составляющие существенные предпосылки для определения параметров бреда, ведут к паралогичным построениям и болезненному толкованию, интерпретации происходящего вокруг и его отношения к личности больного. Интерпретации эти могут касаться давно прошедшего времени, времени, непосредственно предшествовавшего возникновению бреда, текущих событий и обозримого будущего. В зависимости от характера и степени нарушения мышления бредовые интерпретации могут быть конкретными, однозначными, правдоподобными, реалистичными и абстрактными, символическими, комплексными. Таким образом, интерпретативные построения, как правило, полиморфны. Их многообразие тем более выражено, чем более выражены творческие

способности больного. Содержание интерпретаций, почти всегда относящихся к личности больного, может состоять из разрозненных «бредовых предположений» и принимать участие в кристаллизации, а затем в систематизации бреда, но может также полностью соответствовать уже сформировавшейся бредовой концепции. В том и в другом случае фабула отдельных интерпретативных построений тематически близка бредовым ощущениям и бредовым восприятиям.

По мнению некоторых авторов [Рыбаков Ф. С., 1916], бред в меньшей степени «помешательство мысли» или «помешательство суждений» и в большей степени «помешательство личностного существования». Под таким помешательством понимается бредовое расстройство межличностных, межчеловеческих отношений, не исключающее наличия интерперсонального конфликта [Гофер Г., 1968]. Интерперсональный конфликт в свою очередь, так же как бредовые переживания, нередко взаимосвязан с аутистическим типом мышления больного [Гиляровский В. А., 1938, 1954; Минковски Е., 1968]. Бредовая сущность переживания при этом вполне сочетается с сохранностью способности мыслить, вспоминать и ощущать, «критически» (с позиции бреда) сопоставлять ложные суждения, что типично для шизофренического бреда. Темп развития любых бредовых переживаний в большей или меньшей степени зависит от присущего данному больному темпа мыслительного процесса, темпа возникновения ассоциации. По темпу развития и остроте В. П. Осипов (1923) различает бред острый, подострый, медленно развивающийся, хронический. А. С. Кронфельд (1939) в согласии с Ноде различает три формы бреда: связный, последовательный, относительно понятный; бессвязный, антилогичный, непонятный, неоформленный; фантастический, оторванный от жизни. Мы не подвергаем сомнению неоднократно упоминающийся нами тезис о том, что одним из основных признаков сформировавшегося, «кристаллизовавшегося» бреда является «непоколебимая» убежденность в правильности собственной концепции, то есть полное отсутствие критического отношения к собственным высказываниям (за исключением случаев лекарственного патоморфоза). Вместе с тем если под *«критикой»* понимать не оценку собственных высказываний с позиций объективной реальности, а субъективное отношение к ним больного, то такая критичность бредового больного весьма неоднозначна и подлежит анализу. Не понимая, что его суждения и умозаключения — результат психического расстройства, больной нередко очень тонко критически, со своих бредовых позиций, оценивает отношение к собственным высказываниям знакомых, родственников, других больных, врачей-психиатров и т. д. Будучи убежденным в правильности своих суждений, он иногда может анализировать причину несоответствия этих суждений общепринятому мнению окружающих. В отдельных случаях, не замечая

паралогичности высказываемых утверждений, больной достаточно последовательно, и в известной степени адекватно, парирует замечания оппонентов. Дифференцированность отношения больного к продуцируемому им патологическому творчеству выражается также в качественно различных эмоциональных оценках элементов указанного творчества. При этом выявляется своеобразная «патология оценочных суждений», приводящая в отдельных случаях к формированию бреда особого значения, бреда скрытого смысла [Рохлин Л. Л., 1975]. Наиболее четкий анализ отношения больного к собственным бредовым построениям удается провести в процессе постепенного восстановления критики у больного приступообразной формой шизофрении при редукции психотического состояния. Ранее говорилось об участии в механизме бредообразования эмоциональных расстройств, различных аффективных реакций, в частности аффекта страха, угрозы собственному существованию и т. п. Здесь речь идет не о влиянии патологии эмоциональной сферы на становление бреда, а о предпосылках к оценке параметров бреда, связанных с сопутствующей *эмоциональной реакцией.* В этом плане необходимо прежде всего различать степень эмоциональных реакций на содержание, смысл соответствующих бредовых концепций (например, о враждебном отношении других лиц), а также реакции на бредовые переживания, связанные с патологией самоощущения, ведущей обычно к ипохондрическому бреду. При этом оценке подлежат не только отрицательные, но и положительные эмоциональные реакции, связанные с идеями богатства, величия, могущества и др В клинической практике чаще приходится наблюдать отрицательные эмоции, отличающиеся бессюжетностью, неопределенностью, незавершенностью, отсутствием конкретной бредовой установки. Это состояния бредовой тревоги или. бредового опасения или бредового страха, возникающих беспричинно или неадекватных имевшемуся малозначимому поводу. К перечисленным понятиям примыкает уже упоминавшееся «бредовое настроение» с доминированием не столько состояния тревоги, сколько особого состояния напряженности, ощущения перемены в себе и окружающем, насыщенном каким-то значением. Содержание перечисленных бредовых переживаний не предопределяет способы чувствования — экспансивный или импрессивный. Структура эмоциональных переживаний оценивается в зависимости от ее элементарности или сложности, понятности или непонятности (при сопоставлении с фабулой бреда), а также статичности или динамичности.

Оценка тех или иных эмоциональных реакций бредового больного всегда находится в прямой зависимости от характера бредовой работы (динамики развития бреда) и отдельных бредовых функций. Наряду с оценкой «эмоционального сопровождения» бреда, весьма значим анализ соответствия бреду

преморбидных личностных установок больного, а также соответствия его настроения установкам окружающих, т. е. «микросоциальной среды», в которой он живет и работает. При любом варианте важен параметр оценки больным *собственного «Я» и взаимоотношения этого «Я» с «не Я»*, т. е. с окружающим миром. Трудно возразить против утверждения о том, что при бреде у больного образуется два «Я»: старое — бывшее до болезни и новое — возникшее после болезни ..., в результате чего параноик, ощущая изменение собственного «Я», причину этого видит «во влиянии внешнего мира» [Попов Н. М., 1898].

Некоторые авторы полагают, что психопатологический анализ положения «Я» больного в его бредовой концепции должен включать оценку степени ощущения больным необычного значения переживаемого, степени неожиданности возникновения бреда и активности позиции больного в бредовой ситуации, а также наличие оценки чувства стыда и полярной смены аффекта, когда ощущение благополучия сменяется чувством вины, и наоборот [Ленц Г., 1979]. В этой связи целесообразно определение степени предпочтительности в сознании больного его бредовой концепции, влияния его личности на окружающий мир или окружающего мира на его личность. При первом варианте говорят о «птоломеевском повороте», делающем больного «центром мироздания»: все вращается вокруг него, все отнесено к нему, все существует для него». Противоположную тенденцию составляет так называемый «коперниковский поворот», который выражает способность здорового человека взглянуть на себя со стороны, рассматривать себя как частицу мироздания, а не его центр. Изменение всей структуры бредового больного делает невозможным для него «коперниковский поворот» [Конрад К., 1967]. Тенденция развития бреда в сторону «птоломеевского поворота» всегда свидетельствует о дальнейшем прогрессировании психоза. Противоположная тенденция (сдвиг в сторону «коперниковского поворота») указывает на регрессирование бреда. «Птоломеевский поворот» таким образом идентичен общепринятому термину *«эгоцентризм бредового больного»*. Указанный эгоцентризм проявляется в вариантах, при которых либо больной, находясь в центре вселенной, способен влиять на все события, происходящие вокруг него и вообще в мире, либо все, что происходит в мире и вокруг больного, так или иначе относится к нему. Клиническими выражениями одного и другого вариантов эгоцентризма, как было уже сказано, являются бредовые идеи величия и преследования, а также ипохондрические идеи, связанные с идеями физического воздействия. Поскольку любые бредовые эгоцентрические переживания оказываются следствием бредовой мыслительной работы, правомерно понятие «эгоцентрические бредовые ассоциации» [Каменева Е. Н., 1957]. В соответствии с этим понятие «Я» имеет значение для других вещей и людей, а другие люди

и вещи имеют значение для «Я» [Меграбян А. А., 1967].

Оценивая бредовые идеи, необходимо установить степень их *реалистичности* или нереалистичности вплоть до нелепости [Мендель Е., 1904]. Степень реалистичности сюжета бреда для больного существенно зависит от степени расстройства сознания, мышления, интеллекта и критики. Фабула бредовой идеи может быть: вполне реалистичной, правдоподобной, но не соответствующей действительности; реалистичной для других людей, других времени, места, обстоятельств, но совершенно не реалистичной в отношении данного больного; не реалистичной при любых обстоятельствах, лишенной теоретической вероятности, правдоподобности, но не включающей элементы нелепости; наконец, фантастичной, абсурдной, нелепой. Причем степень нелепости колеблется от возможного допустимого в данном случае или возможного принципиально, но недопустимого в данном случае, до нелепого по содержанию, вообще невозможного [Осипов В. П., 1923]. К этому можно добавить, что при квалификации степени реалистичности или нелепости бреда учитывается «субъективная достоверность» бредовой фабулы, т. е. степень «слияния» личности больного с фабулой бреда, вера больного в реальность бредовых переживаний. В этой связи учитывается также степень соответствия бредовых переживаний «мироощущению» больного, его пониманию собственного положения в объективном мире, своих физических ощущений и происходящего вокруг. Квалификация этапа развития бреда и, нередко, связанного с ним этапа развития болезненного процесса возможна в результате оценки *динамики, темпа* становления бредовой идеи. При бредовой шизофрении и в меньшей мере — при некоторых других психозах, иногда удается установить последовательную смену этапов развития бреда, разделенную на две части: первая, при которой бредовые переживания не имеют определенной фабулы и включают бредовые ощущения, бредовые восприятия, бредовое настроение; вторая — начинаясь с бредовых представлений, бредовых понятий, и включая элементы кристаллизации бреда, его систематизацию, содержит стадии паранойяльную, параноидную, парафренную, резидуальную. При клиническом, психопатологическом анализе далеко не всегда удается наблюдать указанную смену этапов и стадий развития бредового синдрома. Связано это с тем, что продолжительность во времени того или иного этапа и стадий крайне разнообразна и может колебаться от очень кратковременных до многих дней, месяцев и лет. Разнообразен также темп развития различных этапов и стадий бреда. Тот или иной этап, та или иная стадия бреда может развиваться постепенно и это развитие поддается наблюдению или признаки данного этапа, стадии проявляются сразу.

Последовательность развития бредового синдрома в известной степени определяется понятием *генерализация* бреда. В од-

них случаях фабула бреда не претерпевает дальнейшего развития (не углубляется, «не обрастает новыми доказательствами», не приобретает новой тематики), в других, наоборот, бредовые переживания динамичны, их сюжет развивается, усложняется, получает новые тематические направления. Приведенным характеристикам бредового синдрома психиатры издавна уделяют большое внимание.

Клинические наблюдения дают основание для следующих выводов: тенденцию к генерализации и систематизации имеют бредовые идеи, основывающиеся на логических связях [Оршанский И. Г., 1910]; иллюзии и галлюцинации составляют «материал» для отрывочных, не приведенных в систему идей бреда, а систематизированный бред вырабатывается медленно, долгими размышлениями [Чиж В. Ф., 1911]; бред может быть «бессвязным» (при бессвязном отрывочном сочетании бредовых идей) и систематизированным, когда бредовые идеи вытекают одна из другой и связаны по смыслу. Такой систематизированный бред характерен для идей преследования и обычно отличается постепенным развитием [Корсаков С. С, 1901]; бред может быть бессвязным при отрывочном сочетании бредовых идей по сходству, смежности и одновременности и систематизированным при сочетании бредовых идей по причинной зависимости и логической последовательности [Рыбаков Ф Е, 1916]; для систематизации бреда необходима достаточная степень интеллектуального развития, поэтому у детей, как правило, систематизированного бреда не бывает [Гуревич М. О., 1927]; при систематизированном бреде стереотипия параноидного больного обеспечивает стойкое сохранение бредового сюжета, направления его развития и бредовых представлений [Шевалев Е. А., 1927]; к особенностям систематизированного хронического бреда относятся бред различного содержания, развивающийся медленно при почти полном отсутствии галлюцинаций или наличии их, но играющих незначительную роль в развитии психоза; при обилии бредовых интерпретаций развитие психоза прогрессирует медленно, без систематической эволюции и с сохранностью интеллектуальных функций [Коган Я. М., 1941, со ссылкой на Серье и Капгра]; отсутствие систематизации при остром бреде — это отсутствие логической разработки в виде системы, но не бессвязность бреда, так как при острой шизофрении бред логически не обработан, однако последователен — не бессвязен, полиморфен, но ассоциирован в комплекс, сопровождается аффектом, несмотря на сумбурность и взбудораженность больного [Кербиков О. В., 1949]; систематизированный бред обычно менее курабелен, чем несистематизированный, и всегда возникает в результате усиленного бредового творчества; с возрастом усиливается тенденция к образованию стойкого и систематизированного бреда, эти характеристики отсутствуют у детей и проявляются у подростков [Сухарева Г. Е, 1955]; систематизация бредовых идей чаще встречается при протрагированном бреде и реже — при остром, сопровождающемся выраженной аффективной симптоматикой [Николаев В. М., 1983] и т. д.

Значимость бредовой идеи, ее влияние на весь «внутренний мир» больного, его мысли и поведение определяются понятием *актуальность* бреда. Во всех случаях «острого бреда» (шизофренического или экзогенной природы) и особенно бреда, патогенетически связанного с расстройством сознания, отмечается более или менее значительная степень его актуальности для больного. При высокой степени актуальности бреда все мысли и действия находятся в прямой зависимости от его фабулы. Зависимость эта усиливается при выраженной стойкости бредовых идей и тенденции к их систематизации. На усиление ак-

туальности бреда немалое влияние оказывает также характер аффективного сопровождения, в частности аффект страха, а также наличие в сюжете бреда непосредственной витальной угрозы для больного.

На непосредственной связи между актуальностью бредовых переживаний больного и его *поведением* фиксируется внимание на протяжении всей истории клинической психиатрии. В частности, указывается на то, что в силу субъективности бредовых идей больной относит все происходящее к себе, а здоровый оценивает все происходящее вокруг объективно. Поэтому актуальный бред больного всегда предопределяет его поведение, а заблуждение лишь частично отражается на поведении здорового, поскольку корригируется происходящим вокруг [Попов Н. М., 1897]. Актуальность бреда усиливается с увеличением степени его интенсивности [Корсаков С. С., 1913].

Степень зависимости поведения от актуальности бредовых переживаний может выражаться в четырех вариантах: бредовые идеи занимают только мысли больного, не сказываясь на поведении, остающемся правильным; бредовые переживания влияют на намерения больного, но эти намерения остаются идеаторными благодаря сохранению способности к коррекции действий, несмотря на бредовую убежденность; поведение больного зависит частично от реальной действительности и частично от бредовых переживаний; поведение больного подчинено целиком фабуле бреда. При этом понятие «бредовое поведение» относится только к настоящему времени, а «бредовые тенденции» могут касаться также прошлого и будущего (в виде воспоминаний о прошлом или планов на будущее).

Влияние бредовых переживаний на поведение больного постепенно ослабевает по мере «затухания» бреда и «эмоционального оскудения» больного. Еще раз отметим, что усиление актуализации бреда и его влияния на поведение больного обычно прямо пропорционально возрастанию (до определенного предела) расстройства сознания и связи тематики бредовых построений с сущностью психогенного фактора. Однако динамическое непостоянство колебаний интенсивности, характерное для шизофренического бреда, нередко наблюдается и при бредовых переживаниях экзогенной природы, особенно в случаях помрачения сознания. Степень воздействия бредового сюжета на поведение больного находится в прямой зависимости от *степени* его *убежденности* в истинности бредовой концепции и чувственной живости эмоциональных реакций. При этом влияние бредовых переживаний на поведение больного оказывают в меньшей мере нарушения интеллекта и в большей мере комплекс, состоящий из убежденности в действительности переживаний, изменений личности, очевидности для больного его идей и связанной с ней рефлексии [Ясперс К., 1923]. Бредовое поведение больного иногда находится в прямой зависимости от

степени его *стеничности:* чем более стеничен больной, тем больше на его поведение влияет содержание бреда. Психически здоровый человек психастенической конституции слабо отстаивает свои идеи, убеждения, позиции. Подобно этому на поведение бредового больного с психастеническим складом характера меньше влияют бредовые переживания. К этому следует добавить, что бредовые убеждения тем больше влияют на поведение больного, чем менее они диффузны и расплывчаты.

Характеристика параметров бреда, оценивающих поведение больного, включает анализ объективных признаков бреда.

К объективным признакам бреда можно отнести:

а) своеобразную внешность (неадекватная, нелепая одежда, непонятное украшательство лентами, различными побрякушками и другими предметами, несуществующими, иногда нарисованными, медалями и орденами; нелепые прическа, косметика, грим и горделивая осанка, надменный взгляд и др.);

б) особенности поведения (осторожность, пугливость, постоянное стремление оглядываться по сторонам; попытка заглянуть за шкаф, в шкаф, под кушетку, за письменный стол, «ощупывание», осмотр стула; опасливое разглядывание собеседника, вздрагивание при каждом его движении; «обнюхивание» пищи, воды и отказ от еды; желание сесть и встать так, чтобы за спиной никого не было, попытка спрятаться, убежать и т. п.);

в) подозрение в особом смысле и значении каждого вопроса, реплики, высказывания врача, выдерживание длительной паузы между вопросом врача и своим ответом, нередко отказ от ответа на вопросы (даже элементарные, например о возрасте); разные, а иногда противоречивые по содержанию ответы на один и тот же вопрос;

г) особенности мышления и речи (витиеватость высказываний, склонность к паралогичным построениям, употребление неологизмов — использование известных слов в ином, необычном смысле, соединение нескольких слов в одно, применение несуществующих слов и словосочетаний, а также символических выражений);

д) особенности письма и рисунков — измененный вычурный почерк, нелепое расположение письма — писание столбцами, в разных направлениях, разными чернилами, цветными карандашами, бредовое или шифрованное содержание писем; непонятные рисунки, иногда бредовые пояснения к ним, гротесковые, абсурдные высказывания.

Психопатологический анализ *фабулы бреда* дает основание для оценки ряда параметров бредового синдрома. При таком анализе учитываются не только содержание бреда, но также его структура, форма, сочетания бредовых идей с действительностью и их взаимный переход, степень понятности бреда, его стойкость, различная степень убежденности в тех или иных

компонентах бреда, композиционная сложность, завершенность, соответствие творческим возможностям и т. д. В частности, для не вполне кристаллизовавшейся фабулы бреда достаточно типичны (при относительной сохранности сознания и суждений): аффективная реакция в виде выраженной тревоги и страха, беспокойство, неприятное чувство, «осадок и горечь в душе», неуверенность в своей судьбе и неясное ожидание какой-то опасности со стороны людей, неопределенные предположения [Каменева Е. Н., 1938]. Для острого шизофренического бреда более характерна не мономания, а полиморфность бредовой фабулы, ее конкретность с отсутствием мистики и символики [Кербиков О. В., 1949]. С. С. Корсаков (1913) различает «однородный бред»— при однотипных бредовых идеях и «полиморфный»—при разнородных бредовых идеях, а также «частичный» или «односторонний»— мономания.

А. М. Фримен и Ф. Т. Мелгес (1978) обращают внимание на то, что степень искажения времени («спутанность во времени») в сюжете бредовых переживаний при остром начале психического заболевания положительно коррелирует с деперсонализационными изменениями и персекуторным бредом. При анализе любого бредового синдрома, особенно шизофренического, должна учитываться *тема* бреда, создающая основание для развития фабулы бреда. На формирование *темы бреда* влияет «непсихотическое жизненное развитие больного», учитывается также характер причинно-смысловой связи темы бреда с преморбидным и психотическим состоянием больного и анализируется степень понятности бредового сюжета или отдельных его компонентов [Губер Г., Гросс Г., 1977]. Те же авторы обращают внимание на необходимость наряду с темой бреда анализировать *объект бредовых переживаний.* Они отмечают, что объектами бреда могут быть животные, неодушевленные предметы, умершие люди, лица, неизвестные или известные больному, окружающие его или находящиеся далеко. При этом важны не столько «объекты бреда», в частности конкретные люди, сколько их действия, применение или неприменение ими технических средств.

Житейские, личностные, общественные, все другие *установки* в процессе развития психического заболевания могут в большей или меньшей степени меняться и в результате этого отклоняться от аналогичных установок, имевшихся в преморбиде. Фабула, тема, объект бреда в одних случаях соответствуют установкам преморбидной личности больного, а в других оказываются диаметрально противоположными этим установкам. Степень соответствия или несоответствия бредовых и преморбидных личностных установок отражает глубину патологических нарушений психики и нередко позволяет определить психопатологическую сущность бредового синдрома. Некоторые авторы в число характеризующих бред критериев включают

связность, бессвязность, отрывочность бредовых идей, а также степень их постоянства — изменчивость или стойкость.

Систематизированные бредовые идеи в случаях их прогрессирующего развития обычно проявляют тенденцию к последовательному усложнению, углублению и расширению фабулы. Однако развитие это не беспредельное. Оно ограничивается степенью полиморфности исходного бредового умозаключения и в конечном итоге — интеллектуальными творческими возможностями личности. На этом основании был выдвинут тезис о «максимально возможных границах развития бреда» [Шевалев Е. А., 1938], которые также можно отнести к числу параметров бреда. Параметры психопатологической оценки нередко лишь условно схематически относятся изолированно к бредовому синдрому. Обычно в клинической картине заболевания бред сочетается с другими симптомами психоза, в частности иллюзиями, галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, конфабуляциями и др. Частота такого сочетания подчиняется определенным закономерностям и обозначается условным коэффициентом. Иногда указывают на относительную типичность некоторых особенностей бреда для той или иной формы шизофренического процесса. Так, например, по мнению О. В. Кербикова (1971), к «параноидному» бреду наиболее положительно «тропны» кататонический, гебефренический, парафренный синдромы, а «дистропны» — синдромы нарушенного сознания, слабоумие, амнестический. Предпочтительные сочетания бреда с иными симптомами имеют избирательную тропность и могут проявляться в виде односторонних и двусторонних взаимных влияний, которые иногда приводят к трансформации одного симптома в другой [Рохлин Л. Л., 1975, 1976].

При разработке системы критериев, характеризующих бред, т. е. при определении его параметров, целесообразно использовать такие основополагающие принципы систематизации психопатологических феноменов, как психопатологические регистры Э. Крепелина (1915), психопатологические синдромы 1-го и 2-го ранга К. Шнайдера (1959) и др. Так, К. Шнайдер при шизофрении относит к симптомам 1-го ранга звучание мыслей; слышание голосов в форме речи и ответов на речь, слышание голосов, которые сопровождают замечаниями собственные действия, соматически влияющие переживания, отнятие мыслей, распространение мыслей, осмысление собственного безумия, чужие влияния в области побуждения, чувствования и воли, влияние на мысли, сделанные мысли. Симптомами 2-го ранга он считает помрачение сознания, приступы безумия, растерянность, депрессивные и радостные отношения, переживания, «отупение чувств» и др.

OCR SHI GROUP

Глава 3

Клиника доминирующих и сверхценных идей, навязчивых состояний, бредоподобных и бредовых синдромов

Основная клиническая характеристика навязчивых, бредоподобных и бредовых идей включает те или иные психопатологические нарушения, в первую очередь расстройства мышления и меньше эмоциональной сферы. При так называемых доминирующих и частично сверхценных идеях эмоциональный фон и эмоциональное сопровождение, наоборот, приобретают первостепенное значение, поскольку эти идеи сами по себе не имеют выраженной психопатологической окраски.

В связи с чрезвычайной полиморфностью клинических проявлений и психопатологической структуры перечисленных симптомокомплексов их можно отнести почти ко всем предложенным Э. Крепелиным (1920) регистрам психопатологических синдромов — невротическому, аффективному, галлюцинаторному, бредовому, дискинетическому и энцефалопатическому, составляющим шкалу, включающую всю патологию — от функциональной до органической.

Доминирующие идеи

Доминирующими принято называть идеи: периодически приобретающие главенствующее значение в сознании человека, отодвигающие на второй план идеи, мысли, бывшие до того в сфере внимания; несущие больший по сравнению с другими идеями эмоциональный заряд; не всегда вполне адекватные целям, задачам, интересам, интеллектуальной и социальной направленности данной личности; интенсивность и стойкость которых превышают их значимость; более или менее критически оцениваемые, не имеющие паралогической основы и не сопровождающиеся какой-либо психопатологической симптоматикой (галлюцинациями, конфабуляциями и др.).

А. Н. Лук (1976), сообщая, что термин «доминанта» предложен в 1927 г. А. А. Ухтомским, отмечает, что этим термином могут быть обозначены любые понятия, представления, мысли,

проблемы, «притягивающие» к себе все внешние и внутренние раздражители (впечатления). Отсюда правомерно сопоставление с термином «доминанта» понятия «доминирующие идеи».

Поскольку доминирующие идеи не основываются на каком-либо нарушении мыслительного процесса, не бывают нелепыми, их неправомерно называть «патологическими, доминирующими идеями». Вместе с тем степень выраженности доминирования в сознании личности тех или иных идей может быть различной; от менее значительной, не влияющей на поведение человека, до выраженной, влияющей на многие его намерения и действия. Определение степени выраженности доминирующих идей основывается на оценке объективной значимости содержания каждой из них, величины сопровождающего ее эмоционального заряда, стойкости и длительности существования этой идеи, адаптированности личности к содержанию идеи, зависимости от ее сюжета поведения личности, корригируемости этого поведения.

В соответствии с перечисленными критериями оценки (параметрами) доминирующих идей условно можно выделить три их варианта:

а) идеи, не влияющие или влияющие незначительно на образ жизни, поведение, распорядок дня пациента, его взаимоотношение с людьми, сопровождающиеся только положительными эмоциями, соответствующие личностным установкам, подчиняющиеся воле носителя идей, вполне адаптированного к ним, неизвестные окружающим;

б) идеи, стойко привлекающие основное внимание личности, влияющие на характер ее повседневной деятельности, сопровождающиеся выраженной эмоциональной реакцией, подчиняющие себе ближайшие планы носителя идей;

в) идеи, которые необходимо дифференцировать от сверхценных, приводящие к изменениям поведения и активности личности, интеллектуальной нагрузки и содержания деятельности, что в отдельных случаях привлекает внимание окружающих.

Повторим, что при любом варианте доминирующих идей не наблюдается патологии познавательной деятельности, нарушения аналитико-синтетических функций и формально-логического строя мышления, уменьшения возможностей интеллектуального творчества, а также грубых, паралогичных ошибок суждений или умозаключений (превосходящих по частоте встречающиеся в норме).

Лица, у которых возникают доминирующие идеи, обращаются за психотерапевтической помощью сравнительно редко и обычно только при наличии осложняющих психогенных или соматогенных факторов. Этим можно объяснить то, что в психиатрической литературе диагнозу «доминирующие идеи» уделяется мало внимания. Как правило, при положительном эмоциональном сопровождении и плодотворном, творческом разви-

тии мыслительного процесса доминирующие мысли вытесняют все остальные на второй план, причем почти всегда мышление, интеллект, критика нарушены не бывают. Вся симптоматика выражается в стойкости доминирующих идей, волнообразно обостряющихся, негативно эмоционально окрашенных, ограниченных «содержанием пережитого», поддающихся аутокоррекции. Стойкость, целенаправленность, «однотематичность» идей, преобладающих над всеми другими, хотя и влияющих на поведение пациента, сопровождающихся чаще положительными эмоциями, позволяют также ограничиваться диагнозом «доминирующие идеи».

Проявления доминирующих идей усиливаются и усложняются при возникновении их на патологически измененной почве. Наиболее часто такой почвой оказываются психопатия, выраженный церебральный атеросклероз, интеллектуальное снижение органического, в том числе травматического, генеза, алкоголизм. Указанное усложнение доминирующих идей проявляется в виде усиления сопутствующей эмоциональной реакции, большей «охваченности» психики больного, большей его дезадаптации, ослабления критики и способности к самокоррекции. Однако если патологическое изменение почвы слишком выражено, то доминирующие идеи вообще не возникают, в частности, они, по-видимому, не возникают у больных со значительным эмоциональным или интеллектуальным снижением.

Трансформацию доминирующих идей в навязчивые нам наблюдать не приходилось. Переход их в сверхценные образования и даже паранойяльные идеи отмечался лишь при варианте «В», а также при церебральном атеросклерозе или сопутствующих соматических заболеваниях и интоксикации.

Развитие доминирующих идей, не имеющих экзогенной (в том числе психогенной) природы, иногда приводит к образованию сверхценных идей, отличающихся значительной стойкостью. При этом возникшая сверхценная идея необязательно сюжетно связана с предшествующей доминирующей идеей. Следует подчеркнуть, что доминирующие и сверхценные идеи, возникшие последовательно, но не сохраняющие сюжетной взаимосвязи, по нашим наблюдениям, не трансформируются одна в другую, а имеют самостоятельные механизм образования, динамику развития, содержание, особенности. В подобных случаях нельзя исключить предположение о том, что «логический сдвиг» имел место только при появлении сверхценной идеи, а дальнейшее ее развитие было последовательным и не включало ассоциативных или апперцептивных нарушений.

Сверхценные идеи

В психиатрической практике сравнительно редко устанавливают синдромологический и тем более нозологический диагноз «сверхценные идеи». Это связано с тем, что «сверхценные

идеи» большинством психиатров рассматриваются не в качестве самостоятельной нозологической формы, а как синдром, часто оцениваемый неточно, неконкретно, без четкого разграничения с доминирующими, навязчивыми, паранойяльными идеями.

Термин «сверхценные идеи» в психиатрическую практику ввел К. Вернике (1892). Он относил к ним идеи, возникающие на основании переживаний, сопровождающихся аффектом, и признаваемые больными вполне обоснованными, разумными, выражающими их убеждение.

К. Вернике разделяет сверхценные идеи на нормальные, при которых аффективные переживания адекватны вызвавшим их причинам (по Э. Крепелину, эти идеи могут возникнуть под влиянием «среды», «воспитания»), и болезненные, представляющие собой психотическую гиперболизацию объективных причин.

Определение понятия «сверхценные идеи» сопряжено с рядом трудностей, которые обусловлены главным образом тем, что этот синдром не является специфичным или даже типичным для какого-либо конкретного психического заболевания. Некоторые авторы высказывают мнение о том, что склонность к образованию сверхценных идей наблюдается у «параноических личностей» [Ганнушкин П. Б., 1901]. Содержанием сверхценных идей бывает сутяжничество, изобретательство, реформаторство, супружеская неверность, ипохондрические переживания [Морозов Г. В., 1988]. Они нередко возникают у конфликтных психопатов, гиперсоциальных правдоискателей [Черникова Т. С., 1989]. Высказывается мнение, что у детей, даже страдающих психопатией и подвергающихся массивным психогенным воздействиям, сверхценные идеи не образуются. Этому противоречит мнение В. В. Королева (1985), который считает, что в отличие от сверхценных идей взрослых (сутяжничество, изобретательство, ревность и др.) у детей отмечается рудиментарное сверхценное образование в виде психопатологически незавершенного, чрезмерного отношения к чему-либо (чрезмерные увлечения и деятельность).

Дефиниции понятия «сверхценные идеи» в течение 100 лет, прошедших со времени опубликования работ К. Вернике, формулировались неоднократно, нередко повторяли одна другую и основывались на однотипных критериях.

В. М. Морозов (1934) приводит заслуживающие внимания высказывания некоторых видных психиатров по поводу феномена, обозначаемого как «сверхценные идеи». Он сообщает: О. Бумке (1930) выделяет активный и пассивный варианты этого феномена, считая, что они могут переходить друг в друга. Е. Странски (1913) признает объективные (в которых нет звучания «Я») и субъективные сверхценные идеи. По тем же данным, Г. Иосман называет три вида сверхценных идей: имеющие предметом общественные отношения, выражающие отношение личности к обществу; имеющие только индивидуальную основу — профессия, правовая жизнь; касающиеся только характерологических свойств личности — мнительность, ипохондрия.

Разные авторы сверхценными идеями называют: группу представлений, перешедших «в плоть и кровь человека», возникших вследствие «какого-либо волнующего душу переживания», основывающихся на «жизненных убеждениях» и оказывающих «длительное и решающее влияние на мышление и поступки» [Крепелин Э., 1910]; убеждения, акцентуированные сильным, вытекающим из личности аффектом и принимаемые за истинные именно в силу этой аффективной акцентуации, а также потому, что личность идентифицирует себя с этой идеей [Ясперс К., 1923]; идеи, которые отличаются от аутохтонных тем, что они признаются своими при отсутствии чувства чуждости, а от навязчивых представлений — отсутствием навязчивости и всегда осмысленностью, а также тем, что они всегда сопровождаются аффектом, исчезают параллельно с его ослаблением и, как правило, носят реалистичный характер [Осипов В. П., 1923]; сильные аффективные переживания человека, охватывающие всю его душу на долгое время, становящиеся господствующим содержанием его жизни, сливающиеся с целостной личностью .. , руководящие действиями больного, несмотря на стремление избавиться от комплекса, забыть его ..., идеи, концентрирующие вокруг себя все мысли, побуждения личности, вызывающие двоякий эффект — суженный душевный кругозор с кататимным подбором психического материала и склонность к идеям отношения, которые у психопатов могут затем привести к систематически построенным паранойческим бредовым представлениям [Кречмер Е., 1927]; идеи, представляющие собой самостоятельные патопсихологические феномены, занимающие определенное место в клинике душевных расстройств .., могущие быть «нормальными» (ревность, ипохондрия, влюбленность) и «болезненными» (при их неадекватности вызвавшему фактору) ..., идеи, которые в отличие от бредовых поддаются разубеждению, понятны по содержанию и механизму возникновения: являются выражением реакции личности на воздействие психогенных факторов, образования, являющиеся продуктом психологического развития личности больного, идентифицирующиеся с ней как интегральная часть сознания, выражающая опасения, желания, стремление личности, главенствующие в сознании , идеи, ведущие иногда к частичному сужению сознания вследствие чрезмерной концентрации аффекта и внимания, отодвигающие все остальные идеи на периферию сознания или изгоняющие их в силу преобладающей аффективности ..., переживания, возникновению которых способствуют инфекции, интоксикации, соматические заболевания, истощение, церебральный атеросклероз и инволюция (ослабляющая «устойчивость психики»), а также неблагоприятная почва в виде шизоидии, эпилептоидии, психастении, тревожно-мнительного характера, ипохондрии, паранойческой психопатии [Морозов В. М., 1934]; идеи, которые все же имеют некоторое оправдание, но они так господствуют (доминируют) в сознании, что вытесняют другие мысли и тем, конечно, отрицательно отражаются на процессе мышления, на его продуктивности ..., резко эмоционально окрашенные идеи [Конторум С. И., 1935]; идеи, составляющие мысли или целые комплексы их, на протяжении длительного периода времени преобладающие над всеми другими благодаря своему чувственному тону [Бумке О., 1948]; идеи, которые вследствие аффективной окраски приобретают превосходство над всеми другими идеями и в отличие от бредовых идей поддаются корректировке [Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1937]; идеи которые в отличие от доминирующих идей и представлений очень важны по содержанию для личности, развиваются на интенсивной, эмоциональной основе и не являются по существу особо стойкими, нелепыми, несуразными [Гиляровский В. А., 1938]; идеи, которые можно разделить на интерпретативные стабильные, со строгой аргументацией, а также трактовкой происходящего вокруг и аффективные, неустойчивые, базирующиеся только на эмоциях [Брагин Р. Б., 1975]; идеи, возникающие в отдельных случаях «на втором этапе трансформации психопатии» под влиянием психогенно-травмирующих факторов [Лукомская М. И., 1977]; суждения, возникающие на основе реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем несоответствующее их значению преобладающее положение в сознании и вызвавшие развитие чрезмерного, эмоционального напряжения...,

содержащие вначале объективное толкование действительности в отличие от бреда, включающего с самого начала патологическое толкование действительности .., идеи, не приобретающие патологического развития, не становящиеся мировоззрением и постепенно затухающие [Снежневский А. В., 1983]; мысли, особо значимые для личности, отличающиеся сильной аффективной заряженностью и потому в значительной мере подчиняющие себе содержание сознания и деятельность человека, появляющиеся в связи с реальными фактами и событиями, необоснованно гиперболизированные в сознании больного, отличающиеся от бредовых идей тем, что поддаются некоторой коррекции, хотя и нестойкой [Ковалев В. В., 1985].

Таким образом, среди признаков, характеризующих феномен сверхценных идей, разные авторы называют: возникновение в связи с реальными фактами, событиями; особенности оформления в виде понятных представлений или группы представлений; наличие тесной связи с жизненными убеждениями; фиксацию на устремлениях, опасениях, желаниях, стремлениях, свойственных больному; признание идей своими (без чувства чуждости, навязчивости) при безусловной осмысленности; присутствие кататимных механизмов и яркого аффективного сопровождения; гиперболизацию переживаний, их неадекватность устремлениям и интересам больного; влияние на побуждения и действия больного; стойкость и длительность; возможность, в отличие от бреда, разубеждения больного; отсутствие патологического толкования действительности и наличие ее объективного толкования.

По нашему мнению, необоснованно приписывать сверхценным идеям следующие свойства, называемые некоторыми авторами: обязательное психогенное происхождение во всех без исключения случаях; суженное сознание, сопровождаемое «ограничением» внимания и аффекта; обязательное снижение продуктивности мышления. Не вступая в дискуссию по поводу наличия или отсутствия перечисленных свойств, предлагаем следующие сводные определения изучаемого понятия.

Сверхценные идеи — это продуктивные, отражающие в той или иной степени интеллектуальное творчество, мировоззрение и личностные особенности пациента идеи, всегда опирающиеся на реальные явления и события, понятные окружающим, идеи, основывающиеся на заблуждении, но приобретающие в дальнейшем последовательное, адекватное ошибочной посылке развитие, которое, однако, лишено паралогичных построений. Механизм образования и развития сверхценных идей обусловливается субъективной оценкой пациентом действительности (без патологического ее толкования) с возможностью частичной коррекции ошибочной посылки и невозможностью влияния на дальнейшую ее интеллектуальную разработку. Сверхценные идеи, отличаясь стойкостью и длительностью, для больного сохраняют характер объективных, всегда принадлежат пациенту (не сопровождаются чувством чуждости и ксенопатической проекцией), имеют аффективную окраску, захватывают все

мысли пациента, подавляют или исключают другие мысли, характеризуются гиперболичностью, влияют на намерения и действия пациента.

Особое внимание в психиатрической литературе уделяется вопросам дифференциации сверхценных идей с «нормальной психической деятельностью», а также с «доминирующими, навязчивыми, бредоподобными и бредовыми» идеями.

Так, некоторые авторы, различая «нормальные» и «ненормальные» или «объективные» или «необъективные» сверхценные идеи, полагают, что феномены, отвечающие всем признакам сверхценных идей, могут встречаться у психически здоровых людей [Бумке О., 1919, 1929; Ясперс К., 1923; Молохов А Н, 1940; Гуревич М О., 1949]. По-видимому, различный подход к оценке степени нарушения нормальной психической деятельности при постановке диагноза «сверхценные идеи» связан прежде всего с принятой теми или другими авторами дефиницией указанного термина. Обычно идеи, которые можно или нельзя отнести к «сверхценным», оцениваются в зависимости от наличия или отсутствия нарушения нормального логического развития мыслительного процесса. И Ф Случевский (1957) не видит никакой разницы между сверхценными и доминирующими идеями, не считая сверхценные идеи патологическими К приведенным мнениям в известной степени близки высказывания П. Б Ганнушкина (1933) и В Майер-Гросса (1960), которые считают сверхценные идеи характерными только для психопатии, а не для психического заболевания. Е. Блейлер (1920) видит клиническое сходство между сверхценными и навязчивыми идеями, называя последние «неотвязными идеями» С этим согласуются мнения П. Цигена (1897) и Г. Ашафенбурга (1912, 1931), сближающих сверхценные идеи с навязчивыми представлениями. М. О. Гуревич и М. Я Серейский (1928) подчеркивают, что «переоцениваемые идеи» (этот термин они предпочитают термину «сверхценные идеи») отличаются от навязчивых аффективным генезом, спаянностью с личностью, отсутствием количественного нарушения мышления, возможностью разубеждения В А Гиляровский (1938) отмечает, что при сверхценных идеях отсутствуют характерные (?) для некоторых навязчивых состояний факторы насильственности, малозначимости, случайности для больного со стремлением отделаться от них. В. М. Блейхер (1983) пишет, что при сверхценных идеях нет часто наблюдаемых при навязчивых состояниях чувства чуждости и стремления борьбы с идеями, а имеются, наоборот, слияние идей с личностью и тенденция к их осуществлению. Сближая ипохондрические идеи со сверхценными, З. Фрейд (1895) рассматривает их как промежуточные между фобиями, т. е. навязчивыми идеями, и бредом. А Н. Голик (1991), находя в структуре патологического фантазирования подростков «компонент сверхценности», объединяет понятием «сверхценные влечения» симптомы «метафизической интоксикации» и «патологического фантазирования», т. е по существу сближает этот феномен с бредоподобными переживаниями. Принципиально отличает сверхценные идеи от бредовых К Бирнбаум (1915). Однако он, а позднее Я. П Фрумкин (1939), А Эй, П. Бернар, Ч. Бриссе (1967) признают понятие «сверхценный бред» в качестве только бредового феномена.

По мнению одних авторов, сверхценные и бредовые идеи не всегда можно четко разграничить; другие считают, что они отличаются друг от друга весьма существенно, принципиально. Так, К. Бирнбаум (1915) термины «сверхценные идеи» и «бредовые идеи» использует в качестве синонимов, говоря, например, о сверхценных бредовых идеях ревности. Такое же объединение терминов через много лет повторяет Е. Б Байтураев (1975), который не различает понятия «патологические идеи ревности», «сверхценные идеи ревности», «паранойяльные идеи ревности». Некоторые авторы при сверхценных идеях находят признаки «логического сдвига» и на этом основании делают вывод о психопатологической близости и отсутствии раз-

личий между указанными идеями и бредом [Гуревич М. О., 1924]. В противовес этому Е. Странски (1913) считает сверхценные и бредовые идеи совершенно различными психопатологическими образованиями, поскольку при первых присутствует логическая аргументация, доступность логической коррекции, соответствие психогенному фактору, а при вторых доминируют паралогичные построения, невозможность переубеждения, несоответствие предшествующим случайным моментам. Кроме того, он подчеркивает, что бред может основываться на второстепенных переживаниях, случайных фактах, а возникновение сверхценных идей сопровождается логической аргументацией.

К. Ясперс (1923) перечисляет сверхценные образования, бредоподобные идеи и бред в качестве самостоятельных психопатологических синдромов. Более категорично по этому поводу высказывается В. А. Гиляровский (1938), подчеркивающий, что сверхценные идеи отличаются от бредовых отсутствием «патологического сдвига во всем мышлении», так как только отдельные звенья, элементы мышления благодаря аффективному заряду выдвигаются на первый план. В. М. Блейхер (1983) отличает сверхценные идеи от бредовых по отсутствию коренного изменения личности и наличию только количественных, а не качественных нарушений.

Встречающееся в психиатрической литературе описание «сверхценных идей отношения», «сверхценного бреда» и «паранойяльного бреда» в качестве этапов «психопатизации личности» приводит к отождествлению психопатии и малопрогредиентной шизофрении, что нельзя признать правомерным. Принципиальные различия перечисленных выше понятий по их взаимоотношению с логическим мышлением подтверждают самостоятельность каждого из соответствующих феноменов. Несколько усложняет их раздельную квалификацию возможность трансформации сверхценных идей в бредовые.

Теоретически можно предположить два варианта появления бредовых идей (преимущественно паранойяльного бреда) у больных, до этого обнаруживавших признаки сверхценных образований. При первом варианте сверхценные идеи, спонтанно развиваясь, трансформируются в бредовые. Второй вариант предполагает не превращение сверхценных идей в бредовые, а независимое возникновение бредовых идей в процессе дальнейшего развития болезни или под влиянием дополнительных вредностей (психогении, соматические заболевания, интоксикации) наряду с ранее существовавшими сверхценными образованиями. В этом случае бредовые идеи могут соответствовать по фабуле предшествовавшим сверхценным идеям, но могут иметь совершенно иную фабулу, причем в дальнейшем они достаточно быстро или постепенно полностью вытесняют сверхценные идеи. Иначе говоря, идеи понятные, адекватные вызвавшим их причинам, логически развивающиеся заменяются идеями, основанными на паралогичных построениях, некорригируемыми. Варианты замены сверхценных идей бредовыми на практике разграничить достаточно сложно, и вряд ли такое разграничение имеет большое значение для дифференциальной диагностики.

Возможность прямой трансформации сверхценных идей в бредовые признают многие авторы. При этом одни говорят о превращении сверхценных идей в ограниченный бред отношения [Вернике К., 1892], другие — в сверхценный бред [Бирнбаум К., 1915], третьи отмечают односюжетность идей, например мыслей об ущербе при сверхценных идеях, превратившихся в паранойяльный бред отношения [Бумке О., 1930; Янцарик К., 1956]. Односюжетность бредовых идей, трансформировавшихся из сверхценных образований, отмечает также Д. А. Аменицкий (1942), наблюдавший превращение сверхценных идей переоценки собственной личности в бред величия. Аналогичные случаи отмечает И. В. Морковкина (1982), наблюдавшая у больных шизофренией появление конформного бреда после предшествовавших ему сверхценных идей того же содержания.

Навязчивые состояния

Ю. В. Каннабих (1928) утверждает, что еще Феликс Платер (1537—1614) в своих работах приводит описание навязчивых состояний влюбленности, ревности, изобретений и дает первое в истории психиатрии описание невроза навязчивых состояний. Некоторые признаки навязчивых состояний включают А. Пинель (1829) в описание «manie sans delire» и Ж. Эскироль (1858) в понятие «monomanie». Затем Б. Морель (1866) классифицировал эти состояния. В. Гризингер в 1868—1869 гг. описал «болезненное, бесплодное мудрствование» в форме «неотвязных вопросов». Затем французские психиатры описали болезненное сомнение и боязнь прикоснуться к предметам. В дальнейшем они подвергли специальному изучению страхи (фобии), патологические влечения, навязчивости (обсессии), возникающие у больных, сохраняющих критическое отношение к этим переживаниям.

Термин «навязчивые представления» связывают с именем Р. Крафт-Эбинга (1881), который не вполне четко разделяет понятия «навязчивые состояния» и «бред» и допускает их взаимную трансформацию. Навязчивые идеи, по его мнению, могут поддаваться контролю сознания и быть неподконтрольными сознанию, могут быть переходящими и стойкими, могут оживляться и затухать. В то же время бред всегда присутствует эпизодически, но, укоренившись, вступает в постоянные взаимоотношения с нормальными представлениями, искажая их. Автор предполагает следующие варианты возникновения навязчивых, или «нелепых», идей:

а) психологическим путем, в результате сочетания размышлений (рефлексии) и различных идей. Это результат истолкования, объяснения больным самому себе перемен в сознании и чувствовании (по закону причинности). Исправлению ошибки, лежащей в основе навязчивых идей, препятствуют измененная апперцепция внешних впечатлений, обман чувств. Дальнейшая разработка этих идей ведет к их систематизации, т. е. ко вторичным бредовым идеям, возникшим путем рефлексии. Они входят в общие логические размышления больного и соответствуют содержанию его настроения (например, при идеях величия);

б) внезапное появление, а не в порядке «объяснения измененного чувствования»; они неожиданны для больного, вначале непонятны ему и лишь в дальнейшем медленно приобретают в понятии больного какую-то мотивацию. Эти идеи самостоятельны, первичны, передаются не психологическим путем, а вследствие внутреннего самородного раздражения, независимы от настроения и могут быть противоположны ему;

в) вследствие ошибки или искажения восприятий;

г) в результате неправильной оценки сновидений или их чрезмерной фиксации в сознании.

В отечественной психиатрической литературе, по утверждению В А. Гиляровского (1938), термин «навязчивые представления» первым применил И. М. Балинский (1958). В качестве синонимов понятия «навязчивые представления, или идеи», В. П. Осипов (1923) приводит: «закрепившиеся, неподвижные идеи»; «сознаваемые влечения»; «повелительные идеи»; «насильственные представления»; «одержимость идеями»; «невроз навязчивых состояний». Синонимами понятия «навязчивости» являются также термины «обсессия» и «ананказмы».

Ж. Лоссон и М. Лоссон (1968) разделяют учение о навязчивостях на этап, когда их относили к мономаниям (XIX век), этап психологического подхода к навязчивостям П. Жанэ и этап психоаналитического понимания З. Фрейдом «невроза навязчивости».

Большинство дефиниций синдрома навязчивости, если не повторяет определение, данное К. Вестфалем в 1878 г., то перефразирует и дополняет его.

К. Вестфаль (1871, 1878) дает такое определение понятия «навязчивые представления»: под навязчивыми следует подразумевать такие представления, которые появляются в содержании сознания страдающего ими человека вопреки его желанию, при незатронутом, в других отношениях, интеллекте, и не будучи обусловленными особым эмоциональным или аффективным состояниями. Их не удается устранить, они препятствуют нормальному течению представлений и нарушают его. Больной с постоянством признает их за нездоровые, чуждые ему мысли и сопротивляется им в своем здоровом сознании. Содержание этих представлений может быть очень сложным, часто даже бессмысленным, не состоящим в каком-либо отношении с прежними содержаниями сознания Даже самому больному оно кажется непонятным, как бы прилетевшим к нему из воздуха.

П. Б. Ганнушкин (1902), соглашаясь с ранее данными определениями, основное внимание уделяет описанию клиники навязчивых состояний. В. Ф. Чиж (1911) даст определение, близкое к цитированным выше: навязчивыми идеями или насильственными представлениями называются суждения, возникающие в сознании больного помимо его воли и желаний и остающиеся в сознании очень долго, несмотря на желание больного от них избавиться, изгнать их из своего сознания. В. П. Осипов (1923) так формулирует понятие «навязчивые состояния»: под навязчивыми и насильственными явлениями подразумеваются такие представления и идеи, страхи или фобии и влечения, которые возникают в сознании страдающего им человека независимо или против его желания, неожиданно и часто внезапно, «припадочным образом», не находясь в видимой связи с содержанием его мышления, от которых он часто не в состоянии освободиться, несмотря на все усилия. Возникая в теснейшей связи с эмоциональной сферой больного, они не вступают в ассоциативную связь с другими элементами мышления, препятствуют правильному течению мышления и тормозят его. Навязчивость явлений, их болезненный характер обыкновенно сознаются больным, обнаруживающим критическое отношение к этим явлениям, определяемым им как чуждые, не свойственные его мышлению. По мнению автора, бывают случаи, особенно связанные с резко выраженным эмоциональным элементом, когда навязчивые явления настолько сильно овладевают больным, что критическое отношение к ним на более или менее продолжительное время не только ослабевает, но даже утрачивается.

Определения, предложенные некоторыми психиатрами, подчеркивают, оттеняют отдельные признаки навязчивых состояний.

Навязчивыми явлениями называются такие, от которых переживающий защищается и содержание которых для него необоснованно, бессмысленно,

непонятно или относительно непонятно [Ясперс К., 1923]; под навязчивыми идеями разумеются такие, которые появляются самостоятельно, как бы навязываясь со стороны против воли субъекта, не имеющего силы отогнать их от себя, подавить, не думать о них, устранить из поля сознания, остающегося совершенно ясным. Одержимый навязчивыми идеями прекрасно сознает и понимает их навязчивый, болезненный характер [Руднев В. И., 1927]; под навязчивыми идеями подразумеваются насильственно врывающиеся представления, к которым у субъекта имеется критическое отношение, но с которыми он справиться не может [Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1928, 1937]; навязчивые идеи для сознания больного имеют чуждый «паразитирующий» характер, проникают в мышление больного насильственно, принудительно, мешают течению других мыслей, путают их, критически оцениваются больным, который борется с этими идеями [Морозов В. М., 1934]; под навязчивыми понимают мысли, в нелепости и ненужности которых больной вполне отдает себе отчет, будучи тем не менее бессилен отогнать их ..., при фобиях имеется чисто пассивное переживание страха, а при навязчивости страх или вообще отрицательная эмоция сопровождается активной попыткой к устранению последней [Конторум С. И., 1935, 1936]: навязчивые идеи, не будучи значительны по своему содержанию, всецело овладевают направлением мыслей и настойчиво возвращаются, несмотря на все усилия освободиться от них, при ясном сознании их ненужности и бессмысленности..., все подобные переживания сопровождаются объективным чувством стеснения, несвободы ..., в сознании больного они характеризуются пониманием нелепости, необоснованности и болезненного характера их происхождения [Гиляровский В. А., 1938]; эти идеи — психопатологическое явление, характеризующееся тем, что определенные содержания многократно возникают в сознании больного, сопровождаясь тягостным чувством субъективной принудительности ..., больной отдает себе полный отчет в нелепости этой идеи, хочет избавиться от нее, но она «навязывается» против воли [Зиновьев П. М., 1950]; подобные состояния не принадлежат собственному «Я» больного, которое не идентифицирует себя с навязчивостями, а как бы противостоит им..., они характеризуются немотивированностью и внезапностью возникновения, недоступностью в ряде случаев для анализа, первоначальной понятностью, в дальнейшем нередко утрачиваемой [Озерецковский Д. С., 1950]; навязчивость характеризуется вторжением в мысли некоего чувства, идеи и влечения, воспринимаемого личностью как болезненное явление, противоречащее самосознанию личности, выделяющееся среди продуктов собственной психической деятельности и остающееся, несмотря на все усилия освободиться от него (Пишо П., цит. по Лоссон Ж., Лоссон М., 1968); навязчивые идеи, мысли, страхи, действия, объединенные общим названием «обсессии», или «ананкастический синдром», представляют собой тягостные для больного патологические переживания, с которыми он более или менее адекватно пытается бороться, но не способен преодолеть их, что усиливает его страдание и нередко приводит к развитию защитных, иногда символических ритуалов ..., в характере больных, страдающих ананказмами, встречаются тревожная мнительность, повышенная аккуратность, стремление оставаться в тени, добросовестность, неуверенность к себе, неспособность быстро сориентироваться и приспособиться к новым ситуациям, пониманию нелепости собственных переживаний и стремление скрыть их от окружающих [Завилянский И. Я., Блейхер В. М., 1979]; навязчивые идеи, или идеаторная навязчивость,— это неотступно возникающие в сознании и вопреки желанию больного мысли, обычно посторонние, не связанные с ситуацией, нередко нелепые, к которым больной относится критически ..., у ребенка при навязчивостях нет ощущения чуждости и желания преодолеть навязчивость [Ковалев В. В., 1985]; шизофренические навязчивости характеризуются тем, что доминирование навязчивого страха проявляется сначала в виде моносимптома с последующим возникновением защитных ритуалов, которые затем систематизируются, вытесняют фобии и приобретают характер основного расстройства, развивающегося одновременно с шизофреническим дефектом [Наджаров Р. А. и др., 1988].

Таким образом, разные авторы нередко предлагают единую дефиницию понятия «навязчивые состояния». Вместе с тем под этим понятием необоснованно объединены несколько групп психопатологических явлений, принципиально отличающихся друг от друга по механизму возникновения, феноменологии, клиническому течению, исходу, нозологической принадлежности, прогнозу. Последние обстоятельства находят отражение в суждениях многих авторов, уделяющих особое внимание описанию клиники навязчивых состояний.

В. П. Сербский (1890) строго разграничивает навязчивости, сопровождающиеся осознанием их чуждости, и стереотипии, характерные для кататонического синдрома; П. Б. Ганнушкин и С. А. Суханов (1902) настаивают на том, что навязчивые состояния необходимо изучать дифференцированно в зависимости от нозологической формы, при которой они встречаются, так как при шизофрении, эпилепсии, психастении навязчивые состояния различны и характерны только для данных заболеваний. К. Ясперс (1923) отличает навязчивости от «сделанных мыслей» (аутохтонных идей по К. Вернике) и «отнимаемых мыслей», выделяя два вида феноменов — «субъективные навязчивости» с безразличным для больного содержанием и «аффективно акцентуированные навязчивости» («навязчивые значимости»— принуждение считать что-либо истинным при одновременной уверенности в невозможности этого; «навязчивые аффекты», с которыми переживающий безуспешно борется; «навязчивые импульсы», воспринимаемые как бессмысленные, противоречащие личности)

В. П. Осипов (1923) выделяет из группы навязчивых состояний страхи (фобии), например страх открытого и замкнутого пространства, высоты, прикосновения, загрязнения, «опоганения», острых предметов, «всеобщий страх», страх, связанный с ходьбой, боязнь (страх) чужого взгляда, насмешки, невозможности удержать газы и др. Д. С. Озерецковский (1925) наряду с психотическими навязчивостями выделяет «нормальные, непсихотические навязчивости», встречающиеся у психически здоровых людей (навязчивые мелодии, навязчивые воспоминания о неприятном разговоре и т. д.), вызываемые утомлением, бессонницей, недоеданием. М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1928) по содержанию различают: навязчивые представления, воспоминания, мысли (включая навязчивые сомнения, мудрствования), контрастирующие идеи, мысли, не соответствующие обстановке, навязчивые действия (1929) указывает на необходимость дифференциации фобий от насильственных мыслей и действий, встречающихся при энцефалитах. А. П. Казачок (1934) отмечает, что синдром навязчивости структурно, конституционально, этиологически неоднороден и политематичен. С. И. Консторум и соавт. (1936) видят существенные различия между навязчивостями и близкими к ним, но психологически невыводимыми шизофреническими симптомами.

А. В. Снежневский (1970) различает абстрактные, отвлеченные, словесные и образные, чувственные навязчивости. «Отвлеченными» навязчивостями он называет принудительное, насильственное, неодолимое возникновение у больного мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений при осознании их болезненности и критическом к ним отношении (бесплодное мудрствование — «умственная жвачка», навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, фамилий, терминов, определений, разложение слова на отдельные слоги). К «образно-чувственным» навязчивостям он относит: навязчивое воспоминание, навязчивое чувство антипатии, «хульные» и кощунственные мысли, овладевающие представлением, навязчивые влечения — компульсии, навязчивые страхи — фобии (людей, толпы, одиночества, общества, загрязнения, смерти, погребения заживо, принятия пищи, острых предметов, 13-го числа и др.), а также навязчивые действия, не сопровождающиеся фобиями или возникающие одновременно с ними, навязчивые

сомнения, опасения, навязчивые ритуалы. При этом подчеркивается, что в отличие от «абстрактных навязчивостей», содержание которых безразлично для больного, образные навязчивости имеют аффективное содержание и сопровождаются мучительным переживанием не только факта появления навязчивости, но и особенностей его содержания.

М. Е. Бурно (1974) разделяет навязчивости на «психастенические» (нестойкие, исчезающие при разъяснении причины) и «невротические»— фобии (бессмысленные, стойкие). В. М. Блейхер (1983) условно выделяет навязчивости в интеллектуально-аффективной (фобии) и моторной сферах: навязчивые ананкастные действия, имеющие символико-ритуальный, магический, часто защитный характер; непереносимость чуждого взгляда; навязчивые сомнения; мудрствования, навязчивые вопросы, контрастные мысли, нереализуемые влечения, разнообразные страхи и др. В. В. Ковалев (1985) выделяет понятие рудиментарные навязчивости ...; к навязчивостям, наблюдающимся у больных детей школьного и дошкольного возраста, он относит: стремление неоднократно задавать однотипные вопросы, иногда бессмысленные; навязчиво возникающие образные представления; навязчивые мысли о физическом недостатке (дисморфофобические навязчивости) С. Э. Поляков (1988) четко разграничивает фобии и навязчивые идеи, относя к навязчивым пароксизмальные страхи, имеющие конкретную фабулу ..., иррациональные страхи определенного объекта, действия или ситуации. Он разделяет их на три группы собственно фобии, псевдофобии и навязчивые опасения. Собственно фобии развиваются самостоятельно, а псевдофобии наблюдаются в рамках тревожной депрессии и субдепрессии различного происхождения, навязчивые опасения обусловлены болезненной тревогой и переживаниями различного генеза. К сходным с фобиями состояниям, по его мнению, относятся болезненно возникающее чувство страха эндогенной и экзогенной природы при полной зависимости от состояния аффекта.

Приведенные выше и другие определения синдрома навязчивых состояний отражают весьма полиморфную симптоматику этого сложного психопатологического феномена, многообразные варианты его возникновения, течения, исхода.

Так, синдром навязчивости может дебютировать появлением страха, к которому присоединяется неврастеническая симптоматика, или страх может возникать на фоне ранее имевшейся неврастении ..., отмечается также непроизвольность, иногда насильственность возникновения (без связи с мышлением и логикой больного или при наличии паралогичной связи), нередко сопровождающиеся тревогой и депрессией ..., некоторые навязчивости черпают свое содержание из окружающей действительности и характеризуются немотивированностью, отсутствием какой-либо связи с внешней ситуацией [Амбрумова А. Г., 1960]. Встречаются случаи гипнагогического или гипнопомпического возникновения навязчивостей, а также их появления после психогений, с длительным течением и возможностью «рефлекторного возобновления», массивного вегетативного сопровождения и наличия соматического неблагополучия [Татаренко Н. П., 1956].

Общим для всех навязчивых состояний можно считать то, что они, как правило, возникают на фоне непомраченного сознания и при сохранении критической оценки своего состояния. Это обстоятельство позволило «старым» авторам называть такие состояния «светлым помешательством». Вместе с тем навязчивые идеи чужды сознанию, но стойко в нем удерживаются, сопровождаясь критическим к ним отношением [Осипов В. П., 1916]. Субъективное ощущение чуждости навязчивых симптомов сочетается с невозможностью их преодоления и сознанием их ненужности [Балинский И. М., 1858].

Навязчивые идеи не относятся исключительно к расстройствам только мышления ..., несомненно, что в значительной степени при навязчивых идеях страдает эмоциональная сфера, так как навязывающиеся идеи вызывают

чрезмерное волнение ..., страдает также воля, особенно та ее функция, которая выражается в акте внимания, поскольку при навязчивых идеях деятельность активного внимания не в состоянии «удалить из сознания» нежелательные репродукции, которые, наоборот, насильственно возникают в сознании [Озерецковский Д. С., 1950]. Нередко отмечается сочетание идеаторных и двигательных компонентов навязчивости ..., в особые взаимоотношения вступают «Я» больного и содержание навязчивости . ., при навязчивых идеях индивид осмысливает какое-то, в большинстве случаев значимое, содержание и все же знает, что оно ложное, и ощущает навязчивость как нечто болезненное ..., если «Я» перестает быть господином над собой, если не от него больше зависит выбор, какой предмет он сделает содержанием своего сознания, если, наоборот, содержание остается таковым против воли «Я», то «Я» бессильно пытается вытеснить это содержание, борется с ним и оно приобретает характер психической субъективной навязчивости .. , это не объективная навязчивость, когда какое-либо внезапное событие привлекает к себе внимание, а субъективная навязчивость, возможная только при активной душевной жизни [Ясперс К , 1923]. Навязчивости в большинстве случаев зависят от происходящего вокруг и в свою очередь влияют на практическую деятельность больных . ., они обычно стремятся к установлению шаблонных условий труда и быта, и при малейшем их изменении болезнь обостряется [Шахламов А. В., 1988].

Каждая группа обсессивно-фобических синдромов характеризуется своеобразным темпом и особой формой течения. Свести воедино разнообразные формы течения этого синдрома, на наш взгляд, невозможно. Вместе с тем некоторые авторы пытаются более или менее четко обозначить этапы развития навязчивых страхов.

Н М. Асатиани (1967) выделяет три этапа развития навязчивых фобий. Первый — появление навязчивых страхов только под влиянием «наличного» травмирующего раздражителя. Второй характеризуется возникновением фобии не только при непосредственном воздействии травмирующего фактора, но и в ожидании воздействия этого фактора, т. е фобия становится непрерывной. Третий этап — появление фобий в индифферентной ситуации, независимо от непосредственного воздействия травмирующего фактора или ожидания такого воздействия. Два первых этапа встречаются наиболее часто, третий же характеризует особо тяжелый вариант заболевания — так называемую постельную форму.

По нашему мнению, психопатологический анализ обсессивно-фобического синдрома, так же как особенности его течения, можно рассматривать главным образом в рамках конкретного психического заболевания. При изучении этиологических и патогенетических факторов, с которыми связаны возникновение и развитие навязчивостей, нередко обнаруживаются известные закономерности. Так, выявляется бóльшая или меньшая значимость наследственной предрасположенности к формированию обсессивно-фобического синдрома [Крепелин Э., 1910; Смолянницкий А. Г., Архангельский В. Г., 1941; Озерецковский Д. С., 1950]. Указанная «предрасположенность» иногда понимается в плане адлеровских «компенсаторных механизмов», развивающихся на основе врожденной органической или функциональной несостоятельности органов и систем, вызывающих комплекс

неполноценности и затем в порядке компенсации приводящих к самоутверждению связанных с ним навязчивостей.

Приведенным соображениям созвучно мнение авторов, считающих главным в этиологии навязчивых состояний конституциональную предрасположенность в виде тревожно-мнительного характера, психастенических черт личности, крайней нерешительности, боязливости, постоянной склонности к сомнениям [Ганнушкин П. Б., 1904; Консторум С. И., 1936], а также «психический инфантилизм» [Крепелин Э., 1910] и сензитивность [Кречмер Е., 1927].

С. С. Корсаков (1901, 1913) связывает навязчивости при неврастениях («приобретенных» и «конституциональных») с перенапряжением нервных процессов и психогениями, а содержание навязчивостей — с прошлыми переживаниями. Таким образом, для возникновения навязчивых состояний большинством психатров наряду с конституциональным фактором признаются существенными экзогенные причины — психические травмы, инфекции, интоксикации, органические заболевания мозга, тяжелые соматические страдания.

При анализе механизма развития навязчивостей установлено, что непосредственным поводом для их возникновения может служить любое представление, а также всякое чувство, воспоминание, желание, которое становится навязчивостью. В связи с этим особенно широко распространены навязчивые страхи, количество которых столь же велико, сколь велико число возможных опасностей, окружающих человека [Галант И. Б., 1928]. Установлено также, что навязчивые идеи могут развиться из доминирующих, неспособных к завершению представлений [Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1937].

Весьма дискуссионным оказался вопрос о преимущественном участии в генезе навязчивых состояний эмоциональной или интеллектуальной сфер. К сказанному ранее по этому поводу следует добавить еще ряд соображений. Так, многие авторы считают, что основным фактором, обусловливающим развитие навязчивых состояний, по-видимому, может быть естественный, каждому свойственный страх, только проявляющийся особенно резко в тот или иной момент и затем в силу ряда причин «закрепляющийся». При этом не всегда оцениваются участие аффекта в возникновении тех или иных идей и эмоциональная реакция на такое возникновение. Наибольшее значение «аффективному генезу» навязчивых состояний придают французские психиатры [Морель Г., 1860; Режи Е., 1923, и др.]. Старая немецкая психиатрическая школа, наоборот, предпочтение в возникновении навязчивостей отдает интеллектуальным нарушениям, придавая эмоциональному фактору второстепенное значение [Гризингер В., 1868; Вестфаль К., 1878].

Некоторые авторы приводят особую трактовку ведущей роли интеллектуальных нарушений в происхождении навязчивых

состояний. Т. Мейнерт (1885) объясняет навязчивые состояния истощением коры и парциальным возбуждением в подкорковых центрах; П. Жанэ (1903) считает, что психическое напряжение вызывает активацию более низких в иерархическом отношении психических структур, в силу чего логическое мышление заменяется навязчивым, эмоции — патологическим страхом, целенаправленные действия — навязчивыми ритуалами и сомнениями (цит. по Голодец Р. Г., 1963). Представители школы З. Фрейда считают, что возникновение навязчивости часто связано с психогениями, перешедшими в неосознаваемую сферу душевной жизни, «ущемленными» там и автоматически всплывающими в сознании в виде навязчивых идей, представлений, фобий.

Нозологическая принадлежность навязчивых состояний. Типичность или специфичность обсессии для конкретных психических заболеваний признают не все психиатры. Многие авторы считают, что такие «типичность» или «специфичность» должны рассматриваться не в отношении отдельных психозов, а в отношении принципиально отличающихся друг от друга нозологических групп, в частности экзогенных и эндогенных психозов. Например, В. П. Осипов (1923) утверждает, что навязчивые идеи не могут служить специфическим признаком какого-либо конкретного заболевания. Он наблюдал навязчивые состояния при эпилепсии, психастении, циклотимии, маниакально-депрессивном психозе, истерии, базедовой болезни, а также при неврозе навязчивых состояний.

Одни авторы считают любую навязчивость самостоятельным заболеванием — неврозом навязчивых состояний [Жанэ П., 1903; Ганнушкин П. Б., 1904]. Другие, также признавая «невроз навязчивых состояний» самостоятельным заболеванием, развивающимся на основе психастении, относят к нему только те случаи, когда симптом навязчивости сопровождается полным «сознанием личности», сохранной критикой к собственным переживаниям, наличием выраженной эмоционально-вегетативной реакции и стремлением «сопротивляться» болезни [Озерецковский Д. С., 1936; Татаренко Н. П., 1955, и др.]. В связи с периодичностью появления навязчивостей некоторые психиатры рассматривают их как симптомы, характерные для циклотимии или маниакально-депрессивного психоза [Бонгеффер К., 1913; Ашаффенбург Г., 1915]. Синдром навязчивости наблюдается также при эпидемическом энцефалите [Джагаров М. А., 1934] и, чаще всего, при шизофрении [Озерецковский Д. С., 1925, 1950; Консторум С. И., 1935; Казачок А. П., 1939, и др.]. Известную зависимость между частотой возникновения обсессивно-фобического синдрома, особенностями его течения и возрастом больных отмечает К. Леонгард (1965). По его наблюдениям, этот синдром встречается у больных пожилого возраста с неврозами, циклотимией, шизофренией и, чаще, с психасте-

нией, церебральным атеросклерозом, органическими заболеваниями мозга. Вместе с тем с возрастом уменьшается число больных с «чистым» фобическим синдромом и увеличивается — с обсессивным и смешанным (обсессивно-фобическим) синдромами. К этиопатогенетическим факторам возникновения навязчивых состояний Н. Капстайк и И. Сельдруп (1977) относят патологию периода рождения.

Признавая неспецифичность некоторых навязчивых состояний, в частности фобий, для тех или иных психических заболеваний, мы считаем, что обсессивные и фобические синдромы, наблюдаемые при психозах экзогенной природы и шизофрении, принципиально отличаются друг от друга. В связи с этим следует повторить, что в многочисленных публикациях, посвященных клинике навязчивых состояний, их различные формы и виды искусственно объединены в общую группу лишь по одному феноменологическому признаку — наличию синдрома навязчивости. Однако тщательный психопатологический анализ позволяет установить принципиально отличающиеся друг от друга формы синдрома навязчивых состояний. При этом существует длинный ряд дифференциально-диагностических критериев, признаков, особенностей, позволяющих отличить одни варианты навязчивости от других. К таким критериям и признакам можно отнести:

а) особенности дебюта — наличие предчувствия, продрома и разный темп возникновения синдрома — постепенность или внезапность, неожиданность появления;

б) наличие или отсутствие причинно-следственной связи между предшествовавшим воздействием вредностей (экзогенных, в частности психогенных) и фактом возникновения, а также содержанием феномена;

в) характер и степень насильственности возникновения навязчивости, чуждости ее содержания психике больного;

г) степень логической или особенность паралогичной связи содержания феномена навязчивого состояния с мыслительным процессом (предшествовавшими или сопутствующими идеями);

д) связность, понятность или бессмысленность, нелепость содержания навязчивости;

е) характер «взаимоотношения» интеллекта больного с навязчивостью, наличие патологической творческой интеллектуальной «разработки» фабулы навязчивости;

ж) степень критичности к факту возникновения и содержанию навязчивости;

з) характер эмоциональной реакции (испуг, страх, тягостное чувство) на факт возникновения и проявления феномена навязчивости;

и) наличие и степень пассивного или активного сопротивления навязчивости;

к) особенности развития синдрома, его пароксизмальность,

приступообразность, непрерывность или волнообразное течение;

л) стойкость синдрома навязчивости, его резистентность к аутокоррекции (при аутотренинге), психотерапевтическому воздействию, медикаментозной терапии.

Главным и основным критерием, позволяющим разделить сводную группу навязчивых состояний на два самостоятельных симптомокомплекса, следует признать характер мыслительного процесса, элементами которого являются навязчивости (особенности их включения в структуру нормального или патологически измененного мышления). В соответствии с этим входящие в сводную группу навязчивые состояния мы разделяем на аффективные экзогенные (психогенные, невротические) и идеаторные, или интеллектуальные, эссенциальные (шизофренические).

Аффективные, экзогенные, психогенные, невротические, психастенические навязчивости. Основу дефиниции аффективных навязчивостей составляет то, что они, имея экзогенную (главным образом психогенную) природу, могут образовываться постепенно, трансформируясь на базе привычки или внезапно под влиянием внешних факторов, без наследственной предрасположенности; содержание таких навязчивостей обычно соответствует вызвавшей их причине. В этих случаях можно констатировать прямую логическую причинно-следственную связь между предшествовавшим поводом и навязчивостью, что сближает ее с характерологическими особенностями личности и лишает чувства чуждости. Сюжет такой навязчивости понятен и отличается связным последовательным развитием, критическим отношением больного к своему состоянию, адекватной эмоциональной реакцией на факт возникновения обсессии, осознанной активной попыткой ее ослабления или устранения, иногда волнообразным течением с временным или полным исчезновением, доступностью психотерапевтическому воздействию.

Сюжет психогенно возникших навязчивостей может быть лишь косвенно связан с содержанием психогенно травмирующего фактора. Иногда их тема близка характеру психогении, в некоторых случаях навязчивости выражаются в патологической фиксации факторов, сопутствующих психогенной травме или вызванных ею. Нередко эти навязчивости сопровождаются страхами, фобиями.

Различные страхи-фобии, психогенно обусловленные — могут быть элементарными, прямолинейно связанными с конкретной причиной или криптогенными [Свядощ А. М., 1959], имеющими непрямую, опосредованную, скрытую связь с экзогенным этиологическим фактором.

О весьма любопытных случаях «чисто психогенной» навязчивости сообщает Ж. Бозуто (1975), наблюдавший у 4 больных

возникновение навязчивого страха «одержимости дьяволом» после просмотра фильма «Изгнание дьявола». Все больные были полностью излечены с помощью психотерапии.

Возникновению некоторых психогенных обсессий, вполне сюжетно соответствующих вызвавшей их причине, способствует органическое заболевание мозга различного генеза, в частности церебральный атеросклероз. При этом патологически измененная почва, обусловленная перенесенным органическим заболеванием мозга, как бы усиливает аффективную реакцию, связанную с относительно незначительной психогенией, в результате чего создаются условия для возникновения навязчивости, тематически аналогичной перенесенной психогении.

По клинической картине к психогенным навязчивостям, особенно развившимся на фоне органического заболевания головного мозга, близки соматогенные (опосредованно психогенные) навязчивости, образовавшиеся на основе клинически проявляющегося или скрыто протекающего соматического страдания, а также на почве суеверного придания неадекватной значимости различным факторам — числам, буквам, словам, дням недели и т. п. [Галант И. Б., 1928]. К ним относятся также более или менее элементарные страхи — за судьбу родственников, возникновения бессонницы, невозможности совершить физическое отправление или проглотить пищу и т. п.

Фобии, входящие в структуру невроза навязчивых состояний, Н. М. Асатиани (1963) подразделяет на страх за жизнь и боязнь совершить предосудительные действия. Заметим, что последнее нередко наблюдается в продроме или дебюте юношеской шизофрении. К навязчивостям, как бы предваряющим психотические формы, имеющие наименьшее аффективное сопровождение, можно отнести навязчивые представления в виде молитвы, строфы стихотворения, куплета песни, также являющиеся элементарными навязчивостями. Усложняясь, эти навязчивости переходят в навязчивые привычки: употребление «слов-паразитов», пощипывание усов и бровей и др. Более сложны по своей структуре «элементарные навязчивые сомнения»: выключен ли газ или утюг, заперта ли дверь.

В группе аффективных навязчивостей среди страхов (фобий) весьма демонстративны навязчивые страхи, возникшие по механизму иатропсихогении. Их демонстративность обусловлена наличием четкой конкретной временно́й и сюжетной причинно-следственной связи между соматогенно обусловленным психогенным фактором и навязчивым страхом. Среди таких соматогенно спровоцированных страхов особое место занимает страх «сердечной несостоятельности» — кардиофобия.

Больных с кардиофобическим синдромом соматогенно опосредованной или иатропсихогенной природы несравненно больше, чем можно предположить. Если внимательно наблюдать за пассажирами метро, автобуса, то нередко можно заметить, что

некоторые из них, как бы таясь, щупают свой пульс на предплечье или в области виска. Все это — больные с кардиофобическим синдромом большей или меньшей выраженности. Диагноз «невроз навязчивых состояний» в подобных случаях подтверждается безусловным отсутствием каких-либо паралогичных построений, критическим отношением к переживаемым страхам, их корригируемостью.

Кардиофобический синдром обычно возникает литически и имеет тенденцию к постепенной интенсификации. Близкий к нему по механизму возникновения танатофобический синдром (страх смерти), наоборот, чаще всего возникает внезапно, с максимальной интенсивностью, а затем постепенно ослабевает.

Количество вариантов характера и содержания психогенно и иатропсихогенно возникших страхов практически неисчерпаемо. А. В. Снежневский (1970) ссылается на американский словарь, в котором перечислено 367 таких вариантов. По аналогии с кардио- и танатофобическим синдромами возникают другие нозофобические синдромы — канцеро-, сифило-, спидофобический и т. п.

Существенно расширившейся в последние годы в нашей стране и особенно на Западе медицинской тематикой газетных и журнальных статей, радиопередач и телевизионных программ можно объяснить увеличение количества случаев танато- и особенно спидофобии.

При обследовании конкретного больного, проведении клинического анализа и постановке диагноза не всегда удается установить связь болезни с преморбидными особенностями личности и характером психогенно-травмирующего фактора.

Преморбидные особенности личности, предрасполагающие к развитию навязчивостей, весьма разнообразны. К таким особенностям разные авторы относят: боязливость, склонность к сомнениям, ипохондричность, мнительность [Ганнушкин П. Б., Суханов С. А., 1902]; нерешительность, вялость, пониженное самочувствие, склонность к периодически возникающим тоске и депрессии [Гиляровский В. А., 1938]; «тревожная боязливость», лабильность к незначительным травмирующим моментам, неуверенность в себе, легкая психическая истощаемость, впечатлительность, склонность к возникновению чувства «тревожного ожидания» [Озерецковский Д. С., 1950]; «слабость всех процессов высшей нервной деятельности», инфантильность личности [Шенфиль И. Б., 1941]; склонность к истерическим реакциям [Гаккель Л. Б., 1956]; замкнутость, гиперсензитивность [Серейский М. Я., 1958].

Механизм образования навязчивых состояний многие считают близким к механизму возникновения привычек [Ганнушкин П. Б., 1904; Озерецковский Д. С., 1950]. По нашим наблюдениям, развитие невротических навязчивостей чаще связано с предшествующим заболеванию психогенным и реже соматоген-

ным фактором. Этот вывод вполне совпадает с мнением многих авторов [Крафт-Эбинг Р., 1881; Полинковский С. И., 1963; Асатиани Н. М., 1967; Гудвин Д. В. и др., 1969; Семке В. Я., 1988, и др.]. При этом соматогенный фактор в виде органических или функциональных физиологических нарушений в отдельных случаях рассматривается в качестве «опосредованного», провоцирующего психогению [Татаренко Н. П., 1955; Голодец Р. Г., 1963].

В. А. Гиляровский (1938) подчеркивает, что для образования невроза навязчивых состояний необходимо сочетание особого конституционального склада личности, психической травмы с последующим развитием личности под влиянием травмы. Он отмечает, что сильные стрессовые эмоции могут зафиксироваться в сознании и вызвать навязчивости. По З. Фрейду (1911, 1927), такие навязчивости часто бывают связаны с сексуальной жизнью.

Любая психогения может воздействовать непосредственно перед возникновением навязчивости и в более или менее отдаленном прошлом. В последнем случае всегда выявляется повод, «ожививший» ранее наблюдавшуюся психогению. У некоторых больных возникновение страха заболевания (нозофобический синдром) или его рецидива непосредственно связано с острой реакцией, включающей вегетативный и сосудистый компоненты. В подобном случае не всегда удается установить, что является причиной, а что — следствием: внезапно возникший вегетососудистый криз с расширением кожных сосудов, гипергидрозом, нехваткой воздуха, тахикардией, тревогой, в частности диэнцефальной природы, вызывает нозофобию или, наборот, фобический синдром с волнообразным течением в момент острого приступа вызывает вегетососудистую реакцию. У больных с кардиофобическим синдромом и другими страхами «физической, телесной катастрофы» часто возникают сопутствующие страхи толпы, пребывания в транспорте или дома в одиночестве, пребывания в метро, отдаления от дома и др. Содержание фобии не всегда однозначно повторяет содержание вызвавшего ее психогенного фактора. В ряде случаев указанная связь, сохраняя тематическую направленность, во многом обусловлена премор-бидными особенностями и установками личности. При сохранении между фобией и психогенией не только тематической, но и сюжетной связи этот сюжет либо полностью повторяется, либо подвергается «творческому развитию».

Было бы ошибкой полагать, что навязчивости невротической природы ограничиваются только фобиями. Наоборот, невротические навязчивости могут содержать навязчивые представления (навязчивый мотив, текст песни, стихотворение и др.), навязчивые мысли о пережитом (навязчивые воспоминания о неприятностях, конфликтах, ревности и др.), навязчивые желания, влечения, действия (навязчивый счет, смех, страх появ-

ления страха) и даже навязчивые стремления, идеи, сомнения. Подобные навязчивости нередко достаточно сложно отграничить от некоторых синдромов иной нозологической принадлежности: патологических влечений (в частности, клептомании), встречающихся при психопатии и органических заболеваниях мозга с психопатизацией личности; гипоманиакальной активности, характерной для соответствующей фазы циркулярного психоза, насильственных действий, даже шизофренических навязчивостей и ритуалов. Дифференциально-диагностическим критерием может служить наличие или отсутствие (в период, предшествующий появлению навязчивости) основной симптоматики, соответствующей синдрому иного заболевания.

Наблюдаемые при органических заболеваниях головного мозга, чаще травматического генеза, и особенно при эпилептиформной симптоматике, навязчивые разрушительные тенденции отличаются от других обсессивных синдромов бурным аффективным сопровождением и достаточно четкой пароксизмальностью (без признаков помрачения сознания).

Некоторые обсессии, в частности навязчивое желание засмеяться и невозможность противиться этому желанию, приходится отличать от насильственных действий, связанных с подкорковой патологией. Нередко отсутствие в подобных случаях невротической симптоматики и психогенной этиологии затрудняет постановку диагноза. Вспомогательными диагностическими критериями в отсутствие прямой сюжетной связи между психогенией и навязчивостью могут быть: отсутствие очаговой или другой неврологической патологии, возникновение навязчивости только в определенной ситуации и только в чьем-либо присутствии, возможность при некоторых обстоятельствах предупредить, подавить, предотвратить навязчивые действия, а также характер критического отношения больного к навязчивым переживаниям.

Возникновение и содержание навязчивостей, имеющих психогенную природу, иногда можно объяснить с позиций фрейдизма как следствие подсознательного протеста личности против ущемления ее интересов, незаслуженной обиды и т. п.

При тщательном обследовании больных с синдромом навязчивости в большинстве случаев удается выявить конституциональные, характерологические или другие особенности личности, предрасполагающие к возникновению обсессивного синдрома. Однако в ряде случаев обсессия представляет собой не качественно новое явление, развившееся на патологической почве, а синдром, непосредственно, структурно связанный с основным болезненным состоянием пациента, в частности психастенией.

Клиническое проявление синдромов в подобных случаях объединяет то, что навязчивости в них характеризуются невро-

тической, функциональной симптоматикой, обычно психогенно обусловленной, имеют более или менее яркое аффективное сопровождение, не связанное по времени с каким-либо интеллектуальным сдвигом, не основываются на ассоциативных нарушениях или иной патологии мыслительной деятельности и не вызывают такую патологию, поддаются (хотя и не всегда) медикаментозному и психотерапевтическому воздействию.

Довольно часто не удается выявить конкретную психогению, вызвавшую невротическую навязчивость, но ситуация, близкая к психогенной, обнаруживается почти всегда. Кроме того, в психиатрической клинике встречаются больные, у которых сюжет навязчивости обусловлен конкретной психогенией, но эти больные забывают о содержании психогении и причинная связь ее с последующей навязчивостью устанавливается подсознательно, возникновение же этой навязчивости может быть спровоцировано дополнительной вредностью.

Итак, невротический характер обсессий и фобий определяется не столько их содержанием, которое может быть близким к тематике эндогенного обсессивно-фобического синдрома, сколько типичными признаками, указанными в приведенной выше дефиниции (понятность, соответствие психогенно-травмирующему фактору, корригируемость и т. д.).

По поводу особенностей возникновения невротических навязчивостей, вариантов их проявления и форм течения мнения ряда авторов в большей или меньшей степени совпадают [Полинковский С. И., 1963; Асатиани Н. М., 1967; Семке В. Я., Плешаков В. И., 1988, и др.]. Так, подчеркиваются следующие особенности, характеризующие динамику невротических обсессивно-фобических синдромов:

а) болезненные переживания чаще возникают внезапно (нередко больные точно указывают день, время суток и даже час) и значительно реже развиваются постепенно;

б) болезненная симптоматика может проявляться в начале воздействия психогенно-травмирующего фактора, в течение всего периода его воздействия и по окончании или через некоторое, более или менее продолжительное, время после указанного воздействия;

в) течение синдрома может быть непрерывным, без ремиссий (однообразным или с эпизодическими обострениями), прерывистым, или рецидивирующим, однократным с выздоровлением и абортивным;

г) развитие симптомов навязчивости может быть регредиентным, волнообразным и прогредиентным.

Навязчивые состояния, нередко, как уже отмечалось, наблюдаемые в клинике экзогенно-органических психозов, приходится дифференцировать от обсессий, возникающих при шизофрении. Р. Г. Голодец (1975) указывает на следующие особенности органических навязчивостей (опасений, сомнений, воспо-

минаний, мыслей, музыкальных мелодий, влечений, действий) в отличие от шизофренических: объяснимость, понятность причины возникновения; несложность структуры и примитивность построения; однообразность, частое включение постоянного тревожного опасения за состояние здоровья; зависимость от преморбидных особенностей личности, развития основного органического заболевания; усиление во второй половине дня и перед засыпанием; отсутствие тенденции преобразования в другие психопатологические синдромы, в частности в бред и стереотипии.

Некоторые авторы отмечают неблагоприятное течение навязчивостей при энцефалитах и их доброкачественность при гипертонической болезни [Гаккель Л. Б., 1956]; зависимость фобий от сопутствующего астенического синдрома, их исчезновение параллельно с нарастанием органической деменции и иногда сочетание с «насильственной непреодолимостью» [Озерецковский Д. С., 1950]; одновременное развитие сопутствующей навязчивостям диэнцефальной симптоматики [Болотова З. Н., 1955].

Особое место в ряду навязчивых состояний органического генеза занимают навязчивости, наблюдаемые при эпилепсии.

О. Бинсвангер (1913) выделил три группы явлений, характерных для навязчивости при эпилепсии: навязчивое состояние как проявление протрагированной ауры, навязчивое состояние как психоэпилептический эквивалент, возникающий при эпилептических дисфориях; навязчивые явления, наблюдаемые вне припадков. К последней группе относятся такие навязчивости, которые автор трактует как невротические и связанные с наследственной предрасположенностью независимо от эпилептического заболевания. Д. С. Озерецковский (1950) отмечает, что навязчивости при эпилепсии: осознаются как болезненные, часто составляют содержание «особых состояний», нередко обусловливают стремление к разрушительной агрессии и убийствам, переживаются как насильственная непреодолимость, но характеризуются всеми признаками навязчивых состояний; элементарны по содержанию, включают признаки патологии влечений, напоминают иногда близкие к шизофреническим автоматизмы, переживаемые в порядке деперсонализационных расстройств, но в отличие от шизофренических встречаются редко и не характеризуются потускнением эмоциональной реакции по мере развития психоза, близки к навязчивостям при психастении. Эпилептическим навязчивостям также посвящены исследования П. И. Ковалевского (1880), Р. Крафт-Эбинга (1897), В. А. Муратова (1900), П. Б. Ганнушкина, С. А. Суханова (1902).

К невротическим могут быть отнесены также «эйдетические навязчивости». При таких навязчивостях в сознании больного неотступно, чувственно повторяются недавно услышанные музыка, слова, фразы, как правило, без связи с другими психотическими симптомами и без чувства сделанности. Этот феномен, который можно квалифицировать как сенсориализацию представлений, или звуковой эйдетизм, не обладает нозологической типичностью.

Некоторое феноменологическое сходство с эйдетическими навязчивостями, главным образом зрительными, иногда имеют неотступные зрительные галлюцинации, возникающие при нарушении сознания, в частности истерического генеза. Частота

возникновения навязчивых галлюцинаций, близких к эйдетическим образам, по-видимому, не увеличивается по мере нарастания степени выраженности сопутствующего нарушения сознания (например, от гипнагогических и гипнопомпических до онирических и делириозных), однако навязчивые гипнагогические обманы, как правило, менее содержательны и менее динамичны.

При более значительном нарушении сознания содержание навязчивых зрительных, «мнестических», эйдетических образов больше связано с сюжетом психогении. Подобные эйдетические навязчивые переживания могут возникать также у психически здоровых подростков при расстройстве сознания, вызванном высокой температурой тела.

Периодические вспышки навязчивых зрительных образов М. Горовиц (1969) наблюдал у токсикоманов в течение 2—3 нед после прекращения острой реакции на ЛСД. Образы, чаще всего устрашающего характера, «мелькающие перед глазами», возникали спонтанно и ничего общего с феноменом «эйдетизма» не имели. Подчеркнем, что зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые эйдетические навязчивости нельзя смешивать с аналогичными галлюцинаторными навязчивостями, этиология и патогенез которых не связан с какой-либо формой помрачения сознания. Такие галлюцинаторные навязчивости могут встречаться при разных психозах, но чаще наблюдаются при шизофрении и рассматриваются нами в группе идеаторных, интеллектуальных навязчивостей.

Идеаторные, или интеллектуальные (шизофренические), навязчивости. На протяжении текущего столетия, главным образом его первой половины, всесторонне обсуждается проблема шизофренического синдрома навязчивости. Противоречивые мнения высказываются по разным аспектам этой проблемы. Некоторые авторы вообще оспаривают правомерность выделения шизофренического обсессивно-фобического синдрома или неоднозначно оценивают психопатологические особенности и механизм возникновения обсессивно-фобической симптоматики при шизофрении. Нет общепризнанного суждения о формах проявления, закономерностях течения, возможности трансформации в бред шизофренических навязчивостей и вариантах образования при них защитных ритуалов. Дискутабельным остается вопрос об определении критериев дифференциальной диагностики шизофренических и невротических навязчивостей.

Причина разнообразия суждений по перечисленным моментам скорее всего не в различной психопатологической оценке тех или иных проявлений обсессивно-фобического синдрома, а в методологических погрешностях некоторых исследований, заключающихся в поисках категорического, безальтернативного решения каждой спорной проблемы. Вместе с тем боль-

шинство из этих проблем имеет двоякое решение, поэтому посвященные им дискуссии беспредметны.

Приведенное соображение вызвано тем, что в клинической картине шизофренического психоза конкретного больного могут параллельно и относительно независимо друг от друга существовать невротические навязчивости, обусловленные конституцией, преморбидными особенностями личности больного, психогенией, и специфические идеаторные, шизофренические навязчивости, интимно связанные с шизофреническим процессом. В связи с этим можно лишь условно согласиться с утверждением Ц. Христосова (1965) о том, что у больных шизофренией обсессии могут возникать только при ее параноидной форме и только в виде навязчивых мыслей, сомнений, опасений, объединенных Г. Ридом (1968) в сводное понятие «навязчивое мышление». Механизм возникновения тех и других навязчивостей, а также их психопатологическая оценка различны. При такой постановке вопроса нет надобности в поисках доказательств преобразования одних — невротических — навязчивостей в другие — шизофренические. Нет также необходимости обсуждать вопрос о возможности трансформации любой навязчивости в бред, так как, вероятнее всего, в бредовые идеи могут трансформироваться идеаторные шизофренические навязчивости и не могут навязчивости невротические. В ряде случаев бредовая, например паранойяльная, симптоматика основного шизофренического процесса сосуществует с независимым от шизофрении обсессивно-фобическим синдромом.

Несколько забегая вперед, отметим допустимость предположения о том, что бредовые идеи в процессе развития шизофренического психоза появляются не из навязчивых идей, не вследствие их трансформации, а независимо от них, самостоятельно, параллельно. Следует учитывать замечание О. Бумке (1922, 1924), предостерегающего от ошибочной идентификации шизофренических стереотипий и навязчивостей. Длительные клинические наблюдения позволяют признать это суждение справедливым.

Шизофренические навязчивые состояния, которые в отличие от невротических, аффективных, психогенных, правильно, на наш взгляд, называть идеаторными, интеллектуальными, подавляющее большинство авторов считают характерными или даже специфическими для раннего слабоумия — шизофрении.

П. Б. Ганнушкин и С. А. Суханов (1902), находя «интимную связь» между некоторыми навязчивостями и симптомами раннего слабоумия (шизофрении), дифференциально-диагностическим критерием, подтверждающим последний диагноз, признают наличие «распада личности» и патологическое нарушение мыслительного процесса.

Некоторые признаки идеаторных навязчивых состояний наряду с другой симптоматикой используют для дифференциации разных форм шизофрении. Например, затяжные навязчивые состояния признаются типичными для так называемой «стертой» шизофрении [Вицель Л., 1926], или «мягкой» шизо-

френии [Розенштейн Л. М., 1931; Кронфельд А. С., 1939], или малопрогредиентной шизофрении, с чем вполне можно согласиться.

А. П. Казачок (1934) подчеркивает крайнюю сложность дифференциации шизофренических и иных навязчивостей, конституциональную предрасположенность к возникновению навязчивостей и бо́льшую типичность навязчивых действий для раннего слабоумия, чем для невроза навязчивых состояний.

Д. С. Озерецковский (1925, 1950), основываясь на результатах длительных наблюдений, пришел к выводу о том, что навязчивости встречаются у психически здоровых людей при неврозах, у больных шизофренией и при других психозах. В частности, навязчивости, имеющие в дебюте заболевания признаки психастении, при дальнейшем развитии видоизменяются и сливаются с процессуальной шизофренической симптоматикой, приобретая «интеллектуализированный» характер. Автор подчеркивает, что шизофренические навязчивости в отдельных случаях возникают без предвестников, неожиданно, внезапно, имеют непонятное немотивированное содержание, часто сопровождаются аффектом страха и мучительными, тягостными переживаниями непосильной борьбы и поражений . . , защитные ритуалы при шизофренических навязчивостях в отличие от психастенических имеют «многообразное, пышное проявление и оказывают огромное влияние на всю психическую жизнь больного». Последнее соображение дополняется предложенным Н. М. Асатиани и соавт. (1967) разделением оборонительных реакций (защитные ритуалы) на прямую защиту, адекватную сигнальному фактору (при неврозе навязчивых состояний), и символическую защиту с извращенной, неадекватной реакцией на раздражитель (при шизофрении).

Кроме того, некоторые авторы для обсессивного синдрома, входящего в структуру шизофренического процесса, считают характерным: эмоциональное потускнение, появление движений, действий, близких к стереотипным насильственным, склонность к диссимуляции и образованию ритуалов [Сканави Е. Е., 1954]; преобладание стереотипий над защитными ритуалами [Полинковский С И., 1963]; однообразность содержания страхов и опасений [Завидовская Г. И., 1970; Воловик В. М , 1973]; ассоциативную противоречивость и неподвластность произвольному чувствованию и мыслям [Меграбян А. А. и др., 1975]; диссоциацию между содержанием навязчивых переживаний и аффектом с последующим распадом их целостной структуры, «парализованность» активности «Я», отсутствие яркости, быстрое присоединение расстройства мышления в виде временной преходящей несостоятельности, невозможности охватить, понять, анализировать нахлынувшие мысли, чувства, восприятия, а также затруднение при попытке сосредоточить внимание с последующей потерей целенаправленности мышления, немотивированность и отсутствие связи с внешними обстоятельствами ..., иногда сопровождение страхами, амбивалентностью и амбитендентностью [Амбрумова А. Г., Данилова М. Б , 1975]; «примирение» с навязчивыми идеями, выраженный абстрактный характер их содержания [Шахламов А. В , 1988].

Различные варианты идеаторной навязчивости в зависимости от феноменологического оформления синдрома, быстроты его прогрессирования и степени нарастания дефекта мышления большинство авторов квалифицируют как навязчивые идеи, мысли, воспоминания, сомнения, мудрствование и т. п. [Гейер Т. А , 1935; Симсон Т. П., 1935; Молохов А. Н , 1937; Сухарева Г. Е., 1940; Розенберг А. З., 1940; Зиновьев П. М., 1955; Мелехов Д. Е., 1963, и др.].

Данные отечественных и зарубежных психиатров, а также собственные наблюдения, позволяют сформулировать следующее определение синдрома идеаторной (шизофренической) навязчивости: идеаторные, интеллектуальные навязчивости возникают внезапно или развиваются постепенно, иногда после

неопределенных предчувствий и тревоги; не имеют понятных, прямых, адекватных (тематических или фабульных) связей с психогенными или соматогенными факторами (могут появляться после, но не вследствие воздействия этих факторов); нередко отличаются насильственным характером возникновения, несвойственными личности переживаниями и содержанием, а главное, паралогичной структурой и отсутствием связи с предшествовавшими мыслями и идеями; часто обращают на себя внимание бессмысленностью, нелепостью содержания и наличием патологической «творческой» разработки фабулы; имеют прогредиентное, чаще непрерывное течение, сопровождаются неадекватной эмоциональной, аффективной реакцией, некритичностью или частичной формальной критичностью, попыткой сопротивления с применением защитных ритуалов, чаще имеющих символический смысл; отличаются стойкостью, резистентностью к медикаментозному лечению и психотерапии; характеризуются прогрессирующим распадом личности с постепенным уплощением аффекта и усилением расстройства мыслительного процесса.

Таким образом, в отличие от невротических шизофренические навязчивости, их проявление, течение, прогноз оценивают главным образом в зависимости от степени и глубины связи с мыслительным процессом. При наличии депрессивной или гипоманиакальной симптоматики для квалификации синдрома и выбора терапевтической тактики имеет значение также оценка степени выраженности и динамики сопутствующего аффекта. Если при невротических навязчивостях чаще встречается фобический синдром, то при шизофренических преобладают идеаторные обсессии или такие фобии, механизм возникновения и феноменологическая оценка которых больше связаны с патологией мышления и меньше — с нарушениями аффективной сферы. Шизофренические фобии по своей патогенетической сущности, по-видимому, имеют мало принципиальных отличий от шизофренических обсессий, поэтому при шизофрении можно говорить о едином обсессивно-фобическом синдроме с бо́льшим или меньшим участием в клинической картине того и другого компонента — фобий и обсессий.

Обсессивно-фобический синдром, входящий в структуру шизофренического процесса, может проходить две стадии развития — преидеаторную и идеаторную. Преидеаторная стадия характеризуется появлением в дебюте, а иногда в продромальном периоде заболевания навязчивостей, которые не всегда легко отличить от фобий. В этой стадии навязчивости имеют большее сходство с невротическими, предшествуют видимым нарушениям мыслительного процесса и сопровождаются достаточно выраженной аффективной реакцией. Лишь при дальнейшем развитии заболевания к навязчивостям присоединяются элементы ритуальной защиты, символические включения и др. Идеатор-

ная стадия возникает одновременно или после появления иной шизофренической симптоматики и чаще присоединяется к начавшемуся расстройству мыслительного процесса. Ее психопатологическую основу составляет нарушение мышления, а эмоциональное сопровождение отходит на второй план. Если преидеаторную стадию не всегда легко правильно квалифицировать и можно ошибочно принять за проявление так называемого пограничного состояния, то идеаторная стадия настолько типична для шизофрении, что диагностическая ошибка маловероятна.

Многообразие, полиморфность проявлений, их сложные переплетения и сочетания, а также неоднозначный тип развития шизофренических навязчивых состояний затрудняют их внутригрупповую систематизацию. Кроме того, вызывает сомнение целесообразность такой систематизации, поскольку возникновение и динамика навязчивостей в клинике различных форм и вариантов течения шизофренического процесса не подчиняется общим закономерностям. Вместе с тем психопатологические проявления и особенности течения обсессивно-фобического синдрома находятся в прямой зависимости от формы шизофренического процесса, в структуру которого входит этот синдром.

При наличии в клинической картине больных шизофренией обсессивно-фобического синдрома могут преобладать те или другие обсессии и фобии. К вариантам идеаторной навязчивости можно отнести: нелепые, психологически необъяснимые страхи, нередко символического характера с ритуальной защитой, страх возникновения страха; навязчивые тенденции, стремления, а также навязчивые междометия, слоги, слова, отрывки фраз, фразы, поговорки, пословицы, монологи и воображаемые диалоги, воспоминания, сомнения, самоанализ, неотступное мудрствование (резонерство), идеи, суждения, умозаключения, представления, галлюцинации и псевдогаллюцинации.

В начале малопрогредиентного шизофренического процесса отклонения от нормальной психической деятельности нередко ограничиваются психастеническими проявлениями и иногда навязчивыми страхами, имеющими психогенную природу и психологически объяснимыми. Однако в дальнейшем характер обсессивной симптоматики усложняется, она приобретает меньше или больше выраженную связь с элементами расстройства мышления и постепенно сливается с другими признаками развивающегося шизофренического процесса.

В процессе развития заболевания шизофренические обсессии в одних случаях меняются, т. е. обсессивно-фобический синдром одного содержания заменяется (но не трансформируется) обсессивно-фобическим синдромом иного содержания. В других случаях обсессивно-фобический синдром измененного содержания появляется при сохранении ранее существовавшей фобии.

Среди нозофобий — страх заболеть какой-либо болезнью — выделяется страх возникновения психического заболевания. Такая фобия чаще всего прогностически неблагоприятна. Она может появляться на фоне неврозоподобной шизофренической симптоматики, но может также возникать самостоятельно в процессе недоброкачественно текущего шизофренического психоза, характеризующегося уже выраженными типичными или специфичными симптомами расстройства мышления.

Страх в одних случаях бывает непрерывным, в других, не исчезая полностью, периодически обостряется. В третьих случаях временами он полностью исчезает, затем возобновляется, или заменяется другим, или сливается с предшествующим.

Навязчивые мысли встречаются обычно в двух вариантах: первый — собственные мысли больного, не сопровождающиеся тягостным чувством и имеющие целенаправленное содержание (бытовые или профессиональные вопросы), которые больной признает навязчивыми, но не «ненормальными»; второй — также собственные мысли, но нецеленаправленные, тягостные для больного, стремящегося избавиться от них. К разновидностям упомянутых навязчивостей относятся навязчивые воспоминания, сомнения, мудрствования и т. п.

Любые обсессии необходимо отличать от жалоб больного на «чужие мысли» — феномена, близкого психическим галлюцинациям или идентичного им и всегда имеющего ксенопатическую проекцию.

Навязчивое фантазирование, наиболее характерное для больных шизофренией детского и подросткового возраста, в процессе развития заболевания нередко переходит в навязчивые представления, которые обычно характеризуются полиморфностью, динамичностью, наличием тесной связи с мыслительным процессом. Нередко они сливаются с навязчивым фантазированием и тогда неотделимы от него.

Психопатологические различия между представлениями и навязчивыми представлениями близки к феноменологическим различиям между галлюцинациями и навязчивыми галлюцинациями. Навязчивые галлюцинации, всегда имеющие постоянный сюжет и возникающие при непомраченном сознании, как было отмечено ранее, по феноменологической характеристике и патогенезу относятся к идеаторным навязчивостям. Напомним, что галлюцинации всегда появляются непроизвольно. Степень их навязчивости, неотступности может быть различной. Навязчивыми могут быть все типы «обманов» — истинные, псевдообманы и психические галлюцинации. Навязчивые галлюцинации, чаще зрительные, обычно возникают при расстройстве сознания разной степени выраженности, поэтому упоминались при описании нешизофренических навязчивостей Одной из характерных особенностей навязчивых галлюцинаций можно считать

то, что они редко бывают связаны с иными галлюцинаторными симптомами.

Навязчивые псевдогаллюцинации, обычно вербальные с интрапроекцией, более сложные, чем гипнагогические или истерические, и реже, чем они, могут появляться независимо от остальной психопатологической симптоматики. Навязчивые психические (парасенсорные) галлюцинации возникают реже других. По сравнению с любыми психическими галлюцинациями их обсессивный вариант не всегда связан с чувством сделанности.

Признаки идеаторных навязчивостей весьма полиморфны и почти всегда тесно связаны с остальной шизофренической симптоматикой. Достаточно убедительным подтверждением шизофренического генеза обсессивного синдрома являются его раннее начало (на что указывала также К. Паскаль, 1911), одновременное появление, фактическое слияние обсессивной симптоматики с очередными приступами шизофренического процесса при постепенном усложнении сюжета навязчивости и нарастании признаков дефекта мышления, а также нередко сочетание обсессии с необоснованной, иногда нелепой ипохондрической симптоматикой [Конторум С. И. и др., 1936].

Часто шизофренический обсессивно-фобический синдром бывает сложным, включает различные симптомы, которые то исчезают, то появляются вновь, и сочетается с явлениями ментизма.

Убедительными признаками, позволяющими безоговорочно отграничивать шизофренические навязчивости от невротических, можно признать: раннее появление мыслительных обсессий при недоброкачественном течении болезни [Блейлер Е., 1911]; непреодолимое бесплодное мудрствование, беспрестанное размышление над какой-либо неразрешимой задачей, которая в прошлом не имела прямого отношения к судьбе больного, но в дальнейшем занимала все его помыслы [Галант И. Б., 1928; Гаккель Л. Б., 1956]; постепенное усиление патологической симптоматики в виде «неуправляемого» аутистического мышления, его малой продуктивности, симптомов дереализации, трафаретности ассоциаций и высказываний, неуклонного оскудения и нарастания ригидности, ограничения круга интересов [Серейский М. Я., 1958].

Синдром навязчивого бесплодного мудрствования неоднороден. Наиболее часто он выражается в «навязчивом резонерстве», нередко бессмысленном и очень утомляющем больных.

Содержанием навязчивого мудрствования иногда бывает «навязчивый самоанализ», отличающийся также выхолощенным паралогичным «рассуждательством», тематически связанным только с собственными мыслями и поступками.

Навязчивые сомнения при шизофрении, как правило, менее полиморфны, чем невротические, могут представлять слож-

ный симптомокомплекс, отражающий идеаторное нарушение. Такие, обычно сложные, навязчивости близки к амбитендентности и амбивалентности, также включающим элемент сомнения. Основное в этом синдроме — «двойственность намерений», их сочетание с невозможностью принять конкретное решение. Так, одна наша больная испытывала значительные затруднения при решении вопроса о количестве покупаемых продуктов. Выйдя из метро, она обычно покупала пирожки с мясом, но не могла решить, сколько пирожков ей купить: 5, 8, 10 или больше. Купив 5 пирожков, она проезжала две остановки до дома, затем возвращалась и покупала еще 3 пирожка, но, доехав до дома, опять возвращалась, и так несколько раз.

Навязчивые воспоминания по механизму возникновения и наличию тесной связи с идеаторными нарушениями сходны с навязчивыми сомнениями.

Навязчивые действия — непреодолимые желания свистнуть, ущипнуть, ударить, укусить кого-либо или себя, произнести неприличное слово в общественном месте, а также разбить стекло, сломать дверь и т. п. — нередко сочетаются с параной-яльной симптоматикой, сопровождаются признаками шизофренического дефекта и иногда, на первый взгляд, трудно отличимы от стереотипий.

Длительно развивающиеся и приобретающие навязчивый характер привычки, опасения, страхи, влечения, идеи почти всегда ведут к подсознательной или сознательной разработке своеобразных защитных механизмов. Такие защитные механизмы могут вырабатываться в отношении навязчивых привычек, невротических и идеаторных навязчивостей. В первом случае защитные реакции, действия понятны, логичны, осознанны, регулируются волей, соответствуют по смыслу вызвавшей их навязчивой привычке. При психогенно или соматогенно возникшей невротической фобии защитный механизм более или менее прямолинейно связан с навязчивостью, но обычно не по смыслу, а по условному сопоставлению, внешне соответствующему правилу формальной логики, обозначаемому термином «импликация» (если произойдет событие «А», то произойдет или не произойдет событие «Б»), но лишенному логической связи между «если» и «то». Наконец, при идеаторных обсессиях механизм защиты приобретает характер ритуала (защитного ритуала), нередко имеющего символический смысл.

Психически здоровый человек в случаях необходимости противодействует навязчивой привычке сознательно, напряжением воли, прибегая к отвлекающим от этой привычки мыслям или действиям. Примером защиты от фобии, возникшей на соматически неблагоприятной почве, может служить поведение члена суда, которому предстояло решить судьбу Катюши Масловой (Л. Н. Толстой «Воскресение»): член суда «...страдал катаром желудка и с нынешнего утра начал, по совету доктора,

новый режим, и этот новый режим задержал его нынче дома еще дольше обыкновенного. Теперь, когда он входил на возвышение, он имел сосредоточенный вид, потому что у него была привычка загадывать ответы всеми возможными средствами на вопросы, которые он задавал себе. Теперь он загадал, что если число шагов до кресла от двери кабинета будет делиться на три без остатка, то новый режим вылечит его от катара, если же не будет делиться, то нет. Шагов было двадцать шесть, но он сделал маленький шажок и ровно на двадцать седьмом подошел к креслу».

Подобное же, элементарное по форме и психологически понятное по содержанию, поведение вырабатывается иногда в порядке защиты от суеверных построений (ожидание, пока кто-либо из прохожих первым пересечет дорожку, по которой пробежал черный кот, переход на другую сторону улицы при встрече с человеком, несущим пустые ведра, и т. д.).

Содержание ритуалов защиты, вырабатывающихся при идеаторных обсессивно-фобических переживаниях, лишено какого-либо смысла или приобретает в сознании больного особое символическое значение. Так, одна наша больная для освобождения от навязчивых мыслей должна была, стоя на одной ноге на краю тротуара, громко дважды прокричать петухом. Если рядом проходила женщина, то «защита» оказывалась «недейственной» и ритуал приходилось повторять.

Степень абсурдности защитных ритуалов может больше или меньше соответствовать нелепости содержания вызвавшей их навязчивости.

Еще раз подчеркнем, что чем бессмысленнее сюжет обсессии, тем более нелепым оказывается содержание защитного ритуала, при этом возникновение и сюжет обсессии обычно отвечают большинству признаков идеаторного автоматизма.

Навязчивые состояния, в частности навязчивые страхи, наблюдаемые у детей и подростков, весьма своеобразны и, безусловно, нуждаются в особой клинической систематизации. Такая систематизация раздельно для невротических и шизофренических навязчивостей предлагалась неоднократно, причем наиболее сложной является дифференциация и систематизация идеаторных, шизофренических навязчивостей. Указанная сложность усугубляется наличием отмечаемой всеми авторами корреляции вариантов навязчивостей с формами течения шизофренического процесса и возрастом детей.

М. А. Калинина (1991), изучая обсессии, наблюдаемые у детей младшего школьного и пубертатного возраста с малопрогредиентной приступообразной формой шизофрении, выделила шесть типов навязчивостей: депрессивно-фобический: депрессивно-обсессивный; депрессивно-деперсонализационно-обсессивный; обсессивно-тревожный с моторными ритуалами; обсессивно-тревожный с идеаторными ритуалами; тревожно-ипохондри-

ческий. Кроме того, при различных типах навязчивостей автор наблюдала фрагментарные, незавершенные бредовые идеи, трансформировавшиеся из обсессий, и нарушения мышления с аутистическими установками и аффективной симптоматикой.

Трансформация навязчивых состояний в бред. Возможность, вероятность бредового перерождения навязчивостей давно обсуждается клиницистами. При этом не все считают принципиально различными навязчивые и бредовые идеи. Некоторые психиатры различают те и другие идеи только по феноменологическим проявлениям.

М. Фридман (1894) признает различия между навязчивыми идеями и бредом формальными. М. О. Гуревич и М. Я Серейский (1928) считают, что навязчивые идеи отличаются от бредовых лишь критическим отношением к ним больного и приступообразным течением. Некоторые авторы наблюдали случаи перехода от навязчивых идей к бредовым [Каменева Е. Н, 1938] и включения в обсессивный синдром бредового компонента. Однако возможность и реальность прямого перехода навязчивых идей в бредовые допускают не все психиатры Например, К. Вестфаль (1878) отрицает возможность трансформации навязчивых состояний в бред.

В. Ф. Чиж (1911), наоборот, наблюдал случаи прямого перехода некоторых навязчивых идей «в бред сомнения»; Л. Б. Гаккель (1956) считает возможным преобразование в бред только навязчивых мыслей, но не фобий. Наиболее типичной, по мнению многих авторов, является трансформация идеаторных навязчивостей в бредовые идеи преследования, в частности физического воздействия. При этом принято считать, что бредовые идеи, развившиеся из навязчивых, феноменологически и клинически не отличаются от бредовых идей, возникающих самостоятельно А Г Амбрумова (1960) присоединяется к авторам, которые наблюдали два пути перехода навязчивости в бред: наиболее распространенный — в виде аргументированной бредовой интерпретации навязчивых идей — и в форме непосредственной трансформации навязчивых идей в бредовые. Обратный переход бредовых идей в навязчивые она не наблюдала Г. В. Морозов (1988) полагает, что скорее происходит присоединение бредовых переживаний к навязчивым идеям, чем их взаимная трансформация.

Мы считаем методологической погрешностью то, что при анализе клинического материала, содержащего описания случаев перехода навязчивых состояний в бред, большинство авторов не дифференцируют различные виды обсессий и рассматривают в общей группе невротические навязчивости, фобии и идеаторные навязчивости, в частности навязчивые мысли, представления, сомнения, воспоминания и др. Вместе с тем случаи перехода каждого вида навязчивостей в бред необходимо анализировать раздельно. Не вызывает сомнения тот факт, что одни навязчивые состояния — навязчивые психические галлюцинации или псевдогаллюцинации, интимно связаны с бредом с момента их возникновения, другие, например навязчивые мысли, идеи, сомнения, относящиеся к идеаторным навязчивостям, по-видимому, могут, развиваясь, не трансформироваться, не превращаться в бредовые идеи, а на определенной стадии развития сменяться бредом. Возможность перехода психогенно возникших навязчивых страхов, фобий в бред сомнительна, но

бред может появиться вне связи с навязчивостями при дальнейшем поступательном развитии экзогенного, в частности реактивного, психоза.

Кроме того, идеаторные навязчивые состояния в одних случаях полностью лишены каких-либо свойств, характерных для бредовых синдромов, а в других — содержат отдельные, изолированные и не связанные друг с другом бредоподобные компоненты. Последние, прогрессируя, постепенно лишаются обсессивных признаков и приобретают свойства бреда, хотя в ряде случаев развитие бредового синдрома не исключает сохранения обсессивно-фобической симптоматики.

При анализе любого превращения, трансформации или постепенного перехода одного синдрома в другой (например, сверхценных и навязчивых идей в бредовые) допустимо предполагать существование промежуточных клинических форм. Такие промежуточные формы могут представлять собой стадию, этап перехода одного синдрома в другой, но могут иметь и самостоятельное феноменологическое оформление. В последнем случае речь идет не об этапе развития синдрома, а о самостоятельном синдроме с собственными закономерностями возникновения и развития. Промежуточным между сверхценными или навязчивыми идеями, с одной стороны, и бредом — с другой, является так называемый бредоподобный синдром.

Бредоподобный синдром

Психопатологический симптомокомплекс, промежуточный между сверхценными образованиями, навязчивыми состояниями и бредовыми идеями, существенно отличающийся от тех и других, принято называть бредоподобным синдромом. Термин «бредоподобный», или точнее, «бредоподобный вымысел», ввел в психиатрическую практику К. Бирнбаум (1908). Возникновение «бредоподобного вымысла» он связывал с патологическим фантазированием, частично аутосуггестией и психогенией. К бредоподобным, например, были отнесены переживания лиц, попавших в иноязычную среду и считавших, что окружающие плохо о них говорят. Следовательно, под бредоподобным вымыслом К. Бирнбаум (1908) подразумевал не самостоятельный «бредоподобный синдром», а скорее «бредоподобную реакцию». Вместе с тем одним и тем же термином в психиатрии принято обозначать различные психопатологические симптомокомплексы.

Г. Губер и Г. Гросс (1977), подробно изучая проблему бреда, отождествляют бредоподобную реакцию с примитивной «реакцией связи» по К. Шнейдеру (1930), при которой на переработанное впечатление больной реагирует непосредственно, панически, с «параноидальной» установкой. При этом бредоподобное переживание (в случаях «чистых параноидальных реакций», сопровождающихся переутомлением) держится долго, до тех пор, пока не

проходит ведущий аффект страха. Параноидальные реакции возникают у чувственных, экспансивных личностей, имеющих «бредовые связи» и склонность к параноидальному развитию, приводящему, нередко без видимой причины, к настоящему бреду. В таких случаях, по мнению авторов, можно было бы говорить «об эндогенно построенных бредоподобных реакциях». Однако трудность проблемы состоит в том, что часто невозможно установить разницу между бредовыми переживаниями и параноидальными реакциями аффективной природы, нельзя определить, какая она — «эндогенно построенная» или «психореактивная».

В отличие от «бредоподобной реакции» указанные выше авторы под бредоподобным синдромом, наблюдавшимся ими при эндогенных заболеваниях (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз), понимают постепенно возникающие и длительно протекающие параноидные состояния, сопровождающиеся лишь частичной критикой и значительно меньшими, чем при бредоподобных реакциях, эмоциональными переживаниями.

Понятие «бредоподобный синдром» многие психиатры рассматривают и определяют неоднозначно: исследователи, наблюдавшие этот синдром у взрослых психически больных, склонны считать его одним из проявлений экзогенных психозов (в частности, истерической психопатии, психогенной реакции, фантастической паранои Корсакова), и в этом они ближе к определению, данному К. Бирнбаумом (1908). Детские психиатры, наоборот, относят бредоподобный синдром, чаще обозначаемый термином «бредоподобные фантазии», к продрому или дебюту шизофрении. Однако элементы вымысла и фантазии, так же как наличие психогенной причины, находят при самых разных по механизму возникновения и структуре бредоподобных синдромах. Например, П. Б. Ганнушкин (1901, 1904) пишет: ...у человека, до того как будто совершенно здорового, при возникновении этого синдрома неожиданно вслед за тем или иным потрясением, при кажущемся ясном сознании, развивается довольно пышный бред (часто величия), сплошь и рядом причудливый, надуманный, даже нелепый по своему содержанию, ... все это вместе придает бредовым построениям характер вымысла, притворства, фантазии ..., однако сознательная симуляция может быть легко исключена ...». Особенностями истинных «бредовых фантазий» являются их непродолжительность (нестойкость) и часто изменчивость (по содержанию).

Подавляющее большинство авторов связывают возникновение бредоподобных идей с обычно предшествующими им сверхценными идеями.

Е. Н. Каменева (1938) подчеркивает, что бредоподобные идеи отличаются от сверхценных категоричностью утверждений, влиянием на поведение и поступки больного, недоступностью разубеждению, статичностью, феноменологической незавершенностью. Некоторые авторы указывают на патогенетическую близость сверхценных и бредоподобных идей. Ю. В. Каннабих (1914) в картине циркулярного психоза отмечает сверхценные образования с некоторыми признаками бредовых идей. Происхождение бредоподобных образований связывают со сверхценными идеями (физического недостатка), которые чаще соответствуют всем признакам бреда [Николаев Ю. С., 1949]; ревности [Полинковский С. И., Лившиц С. М., 1959]; одностороннего увлечения познавательной деятельностью с «метафизическим» характером рассуждений [Дубницкий Л. Б., 1975, Цуцульковская М. Я., 1986]; самообвинения [Синицын В. И., 1976] и др.

А. Б. Смулевич и М. Г. Ширина (1972) пишут о сверхценном бреде, который имеет сходство с параноическими состояниями у психопатов со сверхценными образованиями. Они рассматривают сверхценные образования, сверхценный бред и паранойяльный бред как сменяющие друг друга стадии заболевания. При этом сверхценные образования, которые патогенетически близки психопатии, по их мнению, коррелируют с благоприятным течением процесса.

Наши клинические наблюдения позволяют подтвердить правильность суждения о том, что бредоподобные идеи можно рассматривать как своеобразное промежуточное психопатологическое образование между сверхценными идеями и бредом. Своеобразие бредоподобных образований заключается в том, что в их структуре совмещаются некоторые признаки сверхценных и бредовых идей. Иначе говоря, в бредоподобном синдроме утрачивается ряд признаков сверхценных идей и появляются отдельные признаки бреда. На первый план при бредоподобных идеях выступает противоречивость отдельных высказываний, неодинаковая убежденность больных в собственных суждениях, включение в их структуру правдоподобных и бредоподобных построений, а также абортивных бредовых переживаний, иногда близких к сверхценным построениям.

Наиболее типичные признаки бредоподобных идей: их ипохондрическое содержание и связь с мыслью об «околдовании». При этом идея «околдования» нередко возникает психогенно, а ипохондрический сюжет в отличие от сверхценных идей, как правило, с психогенией не связан и возникает по случайному поводу. Фрагментарность психопатологической симптоматики нередко сочетается с неодинаковой стойкостью отдельных высказываний и различной степенью критичности по отношению к ним.

В ряде случаев содержание бредоподобной идеи прямолинейно связано с психогенией (обычно пролонгированной) и также имеет ипохондрическую направленность. Стойкость такой идеи, отсутствие в ней рационального смысла и тенденция к паралогичному усложнению отличают ее от сверхценного образования.

С известной натяжкой бредоподобным можно назвать синдром «экмнезии». «Экмнезия», или «двойное самоощущение»,— это феномен, при некоторых вариантах которого больной ощущает в себе признаки прежней собственной жизни или прежнего мистического существования. В феноменологическом отношении синдром «экмнезии» имеет определенное сходство с тремя разными психопатологическими образованиями: чувством пережитого, галлюцинациями или, вернее, псевдогаллюцинациями и бредоподобным синдромом. Отличие «экмнезии» от чувства пережитого состоит в том, что указанное чувство лишено каких-либо признаков бреда. Вместе с тем «экмнезия» и чувство пережитого содержат элементы патологии общего чувства, «проецированного в прошлое». Любые галлюцинации, в том числе псевдогаллюцинации, характеризуются признаком сенсорности, которого нет при «экмнезии». В то же время феномен галлюцинирования всегда включает веру в действительное существование галлюцинаторного образа, так же как «экмнезия» содержит убеждение в том, что в прошлом собственная душа существовала в каком-то человеке или животном, т. е. в

одном и другом феноменах присутствуют бредоподобные элементы.

Обобщая наш клинический опыт и суждения многих авторов, характерными свойствами бредоподобного синдрома мы считаем:

а) неожиданность возникновения и наличие более или менее выраженной связи с внешними факторами;

б) близость по механизму развития к психастеническим и, реже, истерическим реакциям;

в) частичное, иногда опосредованное соответствие бредоподобных переживаний спровоцировавшим их причинам;

г) бóльшая, чем при бреде, и значительно меньшая, чем при сверхценных идеях, правдоподобность и аффективная живость переживаний;

д) нестойкость, кратковременность, изменчивость, фрагментарность, эпизодичность симптоматики;

е) фрагментарность, неоднородность фабулы переживаний, нередко их образный характер с включением в отдельных случаях меланхолических, ипохондрических, маниакальных идей и идей самообвинения или «околдования»;

ж) отсутствие тенденции к систематизации идей и признаков изменения личности;

з) наличие тенденции к ассоциативным нарушениям и паралогичность структуры бредоподобной фабулы.

Приводя признаки бредоподобного синдрома, мы не можем признать безусловную необходимость выделения этого психопатологического понятия и убедительность приписываемых ему признаков.

В дополнение к изложенному выше следует еще раз повторить уже упоминавшиеся ранее выводы о том, что «бредоподобный синдром» взрослых психически больных и «бредоподобные фантазии», отмечаемые у детей и подростков, представляют собой совершенно разные психопатологические образования, имеющие разную нозологическую принадлежность. Так, если возникновение бредоподобного синдрома у взрослых многие (но далеко не все) авторы связывают с психогенией, то детские психиатры рассматривают этот синдром, называя его «бредоподобные фантазии», только как проявление шизофрении.

Например, Г. Е. Сухарева (1955) пишет, что у детей бредоподобными могут быть аутистические фантазии, причем в начале болезни патологическое фантазирование проявляется только по вечерам, а затем заполняет всю жизнь больного, однако бредоподобные фантазии — это еще не бред, так как у больных нет уверенности в реальности их фантастических построений. В дальнейшем по мере увеличения возраста ребенка из патологического фантазирования вырастает бред. Характерно, что в бредоподобной фантазии детей отражаются «желания, не выполнимые в жизни, мечты о могуществе». В. Н. Мамцева (1955, 1963) в описание синдрома бредоподобных фантазий включает: чрезмерную экзальтацию воображения, самооговоры об участии в бандах, воровстве и др. с последующей трансформацией этого синдрома в бред собственной вины и преследования, чаще всего встречаю-

щийся у подростков, больных шизофренией, для которых характерны психопатоподобное поведение, патология влечений, бродяжничество, гиперсексуальность, гебоидные поступки.

Т. П. Симсон (1948), М. Ш. Вроно (1971), В. В. Ковалев (1985) и др. к признакам синдрома «бредоподобной фантазии» у детей относят:

а) стереотипность симптоматики, «одержимость», некритичность;

б) монотонность, бесплодность, отрыв от повседневной деятельности, влияние на поведение;

в) трудно отличимые от бреда патологические фантазии или «аутистические фантазии»;

г) элементы деперсонализации;

д) образные представления, трансформирующиеся в синдром Кандинского—Клерамбо или синдром промежуточный между бредом и псевдогаллюцинациями.

Если этиологию, механизм возникновения, патогенез, клинические проявления навязчивых состояний, сверхценных и бредоподобных идей многие авторы понимают по-разному, то по поводу основной сущности бреда и бредовых идей принципиальных разногласий обычно меньше.

Бредовые идеи, бред, классификация форм и стадий

По поводу классификации бреда существует очень много противоречивых суждений и связанных с ними споров. Указанные противоречивые суждения и споры обусловлены двумя обстоятельствами:

во-первых, предпринимается безнадежная попытка свести все многообразие бредовых феноменов в единую классификационную схему, учитывающую и сочетающую такие разные характеристики, как состояние сознания, предпочтительно интеллектуальное или чувственное расстройство, механизм бредообразования, структура бредового синдрома, тема и фабула бредового переживания, темп возникновения и развития бреда, его стадии, периоды, фазы, этапы;

во-вторых, для наименования классификационных групп используется множество обозначений, в которые авторы нередко вкладывают различное содержание. Среди таких обозначений наиболее часто встречаются формы, виды, типы, классы, категории, варианты бреда и др.

Разнообразие механизмов бредообразования, полиморфность проявлений (клиники) бредовых феноменов, а также отсутствие достоверного понимания анатомо-физиологических и энергетических основ мыслительного процесса и его расстройств (см. главу 5) крайне затрудняют обоснованную систематику этих расстройств.

Наряду с критериями клинической оценки признаков бредового синдрома, названными нами параметрами бреда (см. главу 2), существенную роль при разработке принципов систематизации бредовых идей играет оценка ряда «клинических характеристик», частично уже упоминавшихся ранее. На

указанных «клинических характеристиках» необходимо вкратце остановиться.

Проявление, тема и содержание бредовых переживаний. *Проявления бреда* следует рассматривать как наиболее характерное, непосредственное отражение личности, интеллекта, характера, конституции больного [Кронфельд А. С., 1939]. Одни авторы, проводя клинический анализ бредовых переживаний, оценивают бред как самостоятельный, изолированный, непостижимый психопатологический феномен, а другие «растворяют» бред в иных психопатологических образованиях [Кербиков О. В., 1949]. Любые бредовые переживания, бредовые идеи могут проявляться в виде бредовой тенденции, бредовых высказываний, бредового поведения.

Бредовые тенденции, составляя «доминанту психики» [Шевалев Е. А., 1927], определяют все «умственные» и практические устремления больного: направленность его эмоциональных и аффективных установок, ассоциаций, суждений, умозаключений, т. е. всей интеллектуальной, мыслительной деятельности.

Бредовые высказывания в одних случаях адекватны бредовым переживаниям и отражают их сущность, в других они соответствуют бредовым интеллектуальным «разработкам», не отражая непосредственно элементы бредовых умозаключений, наконец, в третьих случаях высказывания больного отражают бредовые переживания не прямолинейно, а косвенно, что выявляется, например, при включении в эти высказывания неологизмов, имеющих непонятный для окружающих смысл.

Различия форм проявления бреда обусловлены сущностью и особенностями соотношения (в отдельных случаях взаимоотношения) «бредового Я» больного с его преморбидным «Я» или сохранными элементами психического статуса; субъективными жизненными установками, намерениями, планами; объективным миром вообще, объективным окружением, конкретными людьми. Неизменность «патологических условий», лежащих в основе болезни, по мнению И. А. Сикорского (1910), обусловливает стереотипность, «шаблонность» бредовых тенденций и суждений больных.

Поведение больных в значительной степени предопределяется тематикой, направленностью и содержанием бредовых идей. Однако прямое влияние на их поведение оказывают и такие взаимосвязанные факторы, как актуальность бредовых переживаний, их аффективная «насыщенность», конституциональные и характерологические особенности личности больного, манера его взаимоотношения с окружающими, преморбидный жизненный опыт.

Многообразие возможных видов бредового поведения больных достаточно хорошо иллюстрируют материалы Г. Губера и Г. Гросса (1977), наблюдавших различные варианты реакций и действий больных шизофренией. К таким вариантам они от-

носят: при бреде преследования — защиту и самооборону, вербальный диалог с «преследователями», поиск защиты у других, бегство, изменение места жительства, угрожающие предупреждения «преследователям», преследование «преследователей», попытки агрессии, суицидальные попытки, информирование окружающих о «преследователях», паническую реакцию в связи с предполагаемой опасностью для жизни, уничтожение, возможно, компрометирующих документов, опасение отравления и отказ от приема пищи, лекарств; при ипохондрическом бреде — самозащиту от неправильного лечения, сомнения в компетентности врачей и сестер, активное знакомство с популярной и научно-медицинской литературой, обвинение врачей в «сокрытии диагноза» ради «спасения чести мундира», суицидальные попытки из-за страха перед будущей судьбой, которая связана с определенной болезнью; при бреде величия — действенное желание убедить окружающих в своей значимости, требование признания и поддержки, стремление к участию в общественной жизни в значимой роли, требование преклонения и повиновения, разделение окружающих на «сторонников» и «противников», агрессивные поступки по отношению к «противникам», вмешательство в чужие проблемы с целью чьей-либо защиты или обвинения, обиду на «сторонников» из-за их недостаточной «преданности», попытки присвоения имущества и власти других (считают, что то и другое принадлежит им), отказ от профессии, должности, элементов работы как недостойных собственной личности и т. д.

Оценка содержания бредовых идей не может быть однозначной, в каждом конкретном случае необходим его тщательный психопатологический анализ.

Любой бред независимо от его формы, структуры, синдромологической, нозологической принадлежности, содержания может быть моно- и полисюжетным, правдоподобным и фантастическим, обыденным и гиперболическим, последовательным (связным) и отрывочным, гипер- и гипотимным, понятным по смыслу и непонятным.

По методическим соображениям целесообразно различать общую идею, или фабулу, бреда, его тематическое оформление и конкретное содержание. При этом под фабулой бреда понимают совокупость суждений, выражающих основную концепцию бреда [Терентьев Е. И., 1982], т. е. направленность общего бредового умозаключения. Эта «направленность» влияет на более узкое бредовое суждение в виде темы бреда, но не предопределяет его конкретное содержание.

Основная сущность бреда, его фабула, может, например, заключаться в идее преследования без сколько-нибудь определенного сюжета: это наличие врагов, противников, какой-то силы, цель которых — причинить вред больному. Бредовое суждение, тема нередко сужается до мысли о том, что целью «пре-

следователей» является уничтожение больного. Эта мысль иногда составляет конкретное содержание, включающее не только причины враждебного отношения к больному, но также уточнение способа реализации этого отношения, например, убийство путем отравления с целью избавить от него жену и ее любовника.

Так, основную фабулу бредовых переживаний находящегося под нашим наблюдением больного П. составляет появившаяся 2 года назад пессимистическая идея о том, что его будущее предопределено «плохим состоянием здоровья». Сначала эта идея имела характер «бредового предположения» о наличии неизлечимой болезни без ее конкретизации. Затем возникла твердая уверенность в том, что эта болезнь — сифилис мозга. Знакомство не только с популярной, но и со специальной литературой «позволилс» больному сконструировать все содержание бреда, он «догадался», от кого заразился сифилисом, и понял, что болезнь приведет к прогрессивному параличу, а затем — к смерти, причем болезнь эта не только безнадежная, но и позорная.

Многочисленные наблюдения, включая собственные, позволяют прийти к выводу о том, что характер возникновения и развития бредового психического заболевания, не сопровождающегося помрачением сознания, а также многие другие сопутствующие факторы в известной степени предопределяют фабулу бреда и опосредованно, в процессе развития болезни,— его тему. В то же время конкретное содержание бреда чаще всего не зависит от патогенетических свойств данного психического заболевания и может быть вызвано случайными факторами (чей-то рассказ, случайно увиденный плакат, телевизионная передача, кинокартина и др.).

Несколько иначе формируются фабула, тема и содержание бреда, возникающего при помраченном сознании. В этом случае наблюдается «слияние» понятий фабула, тема и содержание бреда, целиком зависящих от природы и формы помрачения сознания.

Наличие определенной зависимости содержания бреда от внешних обстоятельств подтверждается тем, что в одну и ту же историческую эпоху, знаменующуюся одними и теми же событиями, отмечается известное сходство содержания бредовых переживаний психически больных независимо от этнического своеобразия и особенностей страны, в которой проживают эти больные. Так, например, после взрыва атомных бомб в Хиросиме и Нагасаки, запуска первого управляемого искусственного спутника Земли в психиатрических клиниках различных государств, находящихся в разных частях света, появились «изобретатели» атомных бомб, «космонавты», летавшие на Луну, Марс и т. п.

Многие авторы, подчеркивая влияние на фабулу и содержание бреда различных общественных и личностных событий, отмечают, что, находясь в тесной связи с конституциональными особенностями личности, содержание бреда по существу всегда является результатом воздействия на личность окружающей ее среды [Ганнушкин П. Б, 1901, 1904]; содержание бреда

черпается из психического запаса больного, источников несознаваемой и сознаваемой душевной жизни, внешних впечатлений и обстановки, событий внешнего мира вообще [Осипов В. П., 1923]; социальные условия и политические события могут отражаться на сюжете бредовой концепции, а при возникновении такой концепции не оказывают влияния на ее дальнейшее развитие, хотя «чрезвычайные» политические события (война, революция), происшедшие за короткий срок, могут обеспечить «сдвиг» в развитии бредовых идей [Шевалев Е. А., 1927]; конкретное содержание бредовых идей часто зависит от общественного сознания данного времени, данной эпохи [Кербиков О. В., 1949]; сюжет бреда в отдельных случаях можно вывести из характера преморбидной личности, формирования необычных взаимосвязей между больным и коллективом, неправильного восприятия обычных проявлений в коллективе — относимых больным на свой счет улыбок, взглядов, жестов окружающих [Каменева Е. Н., 1957].

Г. Губер и Г. Гросс (1977) детализируют суждения о влиянии на содержание бреда ряда субъективных и объективных факторов. Они пишут: бред каждого больного так или иначе заполняется собственным миром, зависящим от личности, среды, переживаний, интеллекта и знаний; анализируя возникновение и развитие психозов, можно различить относительные временные изменения темы бреда; время и мир, все события, важные для личности, имеющей определенный социально-культурный статус, отражаются в ее бредовых переживаниях.

Данные литературы и собственные наблюдения позволяют согласиться с высказываниями ряда исследователей, считающих, что на содержание бреда, кроме событий личностного и общественного характера, в равной степени влияют разнообразные факторы.

К таким факторам, например, относят: конституциональные свойства личности, преморбидные и актуальные интероцептивные ощущения, воздействующие «через сознание на размышления о причине болезненных ощущений» [Крафт-Эбинг Р., 1881]; уровень культуры, образования, профессия, жизненный опыт, настроение, степень аффективной устойчивости, психогенные факторы, при которых даже «малые психогении» подходят к содержанию бредовых переживаний, «как ключ к замку» [Фрумкин Я. П., 1958]; подсознательные и бессознательные ассоциации, апперцепции, идеи, из-за которых часто не удается установить мотивы, предопределившие содержание бреда, так как эти мотивы не осознаются самим больным, «скрыты» от него [Конрад К., 1958].

Синдромологические или нозологические особенности фабулы бреда выявляются не всегда. В одних случаях содержание бреда не зависит от формы психического заболевания, в других — типично для тех или иных нозологических форм, в третьих — сливаясь с некоторыми симптомами болезни (помрачение сознания, слабоумие и др.), может оказаться специфичным для конкретного психоза. Например, для прогрессивного паралича можно признать специфичным бред величия и богатства в сочетании со слабоумием, для алкогольного делирия — помрачение сознания с бредом преследования и переживанием непосредственной угрозы собственной жизни, для психозов позднего возраста — нигилистический бред Котара, убежденность в гибели вселенной, разрушении внутренних органов в сочетании со слабоумием большей или меньшей степени выраженности.

Неспецифичны, но достаточно типичны: для хронического алкогольного психоза — бред ревности; для эпилептического психоза — религиозный бред, отличающийся конкретностью, относительным постоянством, ограниченностью сюжета, практической направленностью; для шизофрении — ипохондрический бред с идеями предстоящих физических страданий и смерти и т. д.

К изложенному выше можно добавить, что, по мнению И. Я. Завилянского и В. М. Блейхера (1979), «характерными бредовыми феноменами» можно считать: для шизофрении — бред преследования, воздействия, отравления, гипнотического влияния; для циркулярной депрессии — идеи самообвинения; для возрастных психозов — бред ущерба, обкрадывания.

Некоторые авторы отмечают зависимость «направленности» темы, содержания бреда не только от формы психического заболевания, но также от этапа, периода, структуры болезни. Б. И. Шестаков (1975) полагает, что при поздно начавшемся шизофреническом процессе его первый длительный паранойяльный период характеризуется идеями отношения и значения («бред оценки» по Сербскому). В дальнейшем развивается бред преследования, непосредственной опасности с «разрыхлением» бредовой системы в парафренном периоде и влиянием на бредовую структуру разорванности мышления. А. В. Снежневский (1983) отмечает интеллектуальное, последовательно систематизированное содержание при первичной и образное — при вторичной чувственной формах бреда. Б. Д. Златан (1989), ссылаясь на «мнение многих авторов», признает характерным для шизофренического бреда оторванность его содержания от реальной действительности в отличие от экзогенного бреда, содержание которого непосредственно связано с окружающей реальностью.

К изложенному выше следует добавить суждение Е. Блейлера (1920), считающего типичными для шизофрении «несамостоятельные» бредовые идеи, которые являются прямым следствием ранее возникших идей («он сын графа, значит, его родители не настоящие»). Мы назвали бы такое содержание бреда «опосредованным», «паралогичным».

При определении параметров бреда уже было отмечено, что по степени реалистичности содержания бредовые идеи можно разделить на три категории: нереалистичные вообще, абсурдные, нелепые; нереалистичные для данного больного и данной ситуации, но в принципе правдоподобные; реальные для данного больного, правдоподобные, но по содержанию не соответствующие действительности.

По поводу случайности или закономерности содержания бреда существуют две диаметрально противоположные точки зрения. Одни авторы, например А. Б. Смулевич, М. Г. Ширина (1972), полагают, что содержание бреда можно рассматривать как следствие прогредиентной динамики психопатологиче-

ских нарушений, т. е. бред — это «психическое образование», неотделимое от психического процесса, составляющего результат патологической деятельности мозга, а следовательно, содержание бреда детерминировано деятельностью мозга и его нельзя рассматривать как случайное, независимое от этой деятельности явление. Другие психиатры, считая возникновение бреда закономерным следствием развития данного психического заболевания, полагают, что содержание бреда может быть случайным. Эту мысль «всего» 140 лет назад высказал П. П. Малиновский, отметивший, что «...в помешательстве бред есть выражение сущности болезни, но предмет бреда, по большей части, есть обстоятельство случайное, зависящее от игры воображения больного или от наружных впечатлений».

Мы склонны присоединиться к точке зрения П. П. Малиновского, но при этом должны внести некоторое уточнение: возникновение бредовых переживаний всегда — закономерный результат развития прогредиентно текущего психического заболевания, один из этапов психопатологического процесса, следствием которого оказывается также основное идейное направление бреда, основная его форма — идея «преследования», «величия», «ипохондрическая» и др. Однако сюжетное оформление, конкретное содержание, детали бреда могут быть случайными.

Наличие типичного, или специфичного, для некоторых психозов содержания бреда не исключает возможность возникновения близких по фабуле бредовых идей при разных психических заболеваниях. Это обстоятельство не дает оснований для категорического отрицания диагностического значения содержания бреда во всех случаях [Смулевич А. Б., Ширина М. Г., 1972]. При этом, естественно, не следует смешивать понятия «содержание» и «структура» бреда.

Зависимость содержания бреда от пола и возраста. Достоверных, полученных на репрезентативном материале сведений о частоте различных форм бреда раздельно у мужчин и женщин нам найти не удалось. Однако принято считать, что бред ущерба и любовный бред чаще наблюдается у женщин, а бред ревности — у мужчин. По мнению Г. Губера и Г. Гросса (1977), бред виновности и совершенного преступления, влюбленности и ревности, предстоящей смерти «от руки близких», «обнищания и обкрадывания», «высокого происхождения» чаще встречается у женщин; ипохондрический бред и бред «запоздалых действий» более характерен для мужчин. Независимо от пола «способность к бредообразованию» с возрастом увеличивается [Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1937], но при нарастании атеросклеротического или сенильного слабоумия — уменьшается.

Г. Е. Сухарева (1955) отмечает, что в детском возрасте бредовые идеи встречаются крайне редко и проявляются в виде

неоформленного чувства опасности. Изредка наблюдаемые у детей «нелепые высказывания» непоследовательны, не связаны между собой, не похожи на бредовые идеи в полном смысле этого слова. Иногда такие высказывания, близкие по форме к бредовым, носят игровой характер, содержат мысли о перевоплощении в животных или возникают в процессе «бредоподобного фантазирования». Бредовые построения, отражающие жизненный опыт, требующие способности к абстрагированию и интеллектуальному творчеству, в детском возрасте не встречаются. Г. Е. Сухарева подчеркивает, что бредовые идеи у маленьких детей чаще возникают на фоне помраченного сознания и реже — на основе устрашающих зрительных галлюцинаций с «мотивом преследования». Возникновению этих идей могут предшествовать страх и «нарушение чувства симпатии» к родителям. Е. Е. Сканави (1956), В. В. Ковалев (1985), так же как Г. Е. Сухарева (1937, 1955), указывают на характерный для детей «ранний источник» дальнейшего развития бреда в виде изменения отношения к родителям, превращающегося затем в «бред чужих родителей». При этом авторы отмечают, что в случаях ранней шизофрении бредовые идеи постепенно трансформируются «от сновидных, катестезических форм», от паранойяльных и ипохондрических толкований в начале заболевания к бреду отравления. Одновременно становится менее выраженной связь содержания бреда с конкретной ситуацией, бред абстрагируется, теряется его «аффективная насыщенность».

В подростковом периоде наблюдаются мономанические бредовые идеи и паранойяльный бред, иногда со слуховыми галлюцинациями, переходящий в феномен психического автоматизма [Сухарева Г. Е., 1955]; развитие при юношеской шизофрении параноидной симптоматики, депрессивно-бредовых состояний с идеями самообвинения, изредка стойкий систематизированный паранойяльный бред, а также усложнение бредовых переживаний, связанное с расширением социального общения [Сканави Е. Е., 1962].

При поздней шизофрении отмечаются менее содержательный бред и иногда бред «малого размаха» с конкретной бытовой тематикой. Бредовая фабула у больных с возрастными органическими сосудистыми заболеваниями менее разработана, чем при функциональных психозах, в частности шизофренических [Штернберг Э. Я., 1967].

Сочетание бреда с другой психопатологической симптоматикой. Взаимосвязь бреда, бредовых идей с другими нарушениями психической деятельности может быть разнообразной. К подобным нарушениям относятся помрачение сознания, более или менее выраженное интеллектуальное снижение (включая нарушения памяти), иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации и др. Перечисленные симптомы и синдро-

мы в одних случаях тесно связаны с бредовыми переживаниями, патогенетически взаимозависимы с ними, а в других — развиваются условно изолированно.

Расстройство сознания любой формы, сопровождающееся и не сопровождающееся галлюцинаторными переживаниями, служит благодатной почвой для развития бреда. Оно может вызвать появление бредовых идей или сопровождать их в тех случаях, когда бред предшествует расстройству сознания. Структура, характер, феноменологическое проявление, развитие бредовых идей видоизменяются при любом варианте их соотношения с помрачением сознания. Интеллектуальное снижение может лишь опосредованно «участвовать» в патогенезе бреда. Обычно же слабоумие той или иной степени выраженности отражается лишь на сюжете, содержании, оформлении бредовых идей, препятствуя в наиболее тяжелых случаях возникновению бреда. В отдельных случаях бредовые переживания могут возникать на базе конфабуляций (больные принимают за действительное собственные фантазии, заполняющие пробелы памяти) или на базе криптомнезии, т. е. «скрытых» воспоминаний. При этом основанием для развития бреда служат принимаемые за собственные услышанные или прочитанные сведения о различных событиях, чужих мыслях, открытиях, а также собственные воспоминания, «потерявшие черты знакомости» и поэтому воспринимаемые как новые [Короленок К. Х., 1963]. С последним суждением нельзя полностью согласиться, поскольку криптомнезия, так же как конфабуляция, влияет только на оформление сюжета бреда, но не служит основанием для его возникновения и развития.

Наиболее часто бредовые идеи, возникающие при помраченном и непомраченном сознании, наблюдаются одновременно с иллюзиями, галлюцинациями, псевдогаллюцинациями.

В дифференциально-диагностическом отношении в каждом конкретном случае важно оценивать порядок возникновения во времени иллюзий, галлюцинаций, бреда и их сюжетной зависимости друг от друга.

Сюжетная связь между иллюзиями или галлюцинациями и бредом может быть прямой (содержание галлюцинаций совпадает с бредовыми переживаниями) и непрямой (содержание галлюцинаций «приспосабливается» к бреду паралогичными рассуждениями самого больного). При алкогольных галлюцинозах, по мнению А. Г. Гофмана (1968), бред обычно тесно связан с обманами восприятий, но содержание его не сводится только к сюжету этих «обманов», причем он считает, что бредовые идеи воздействия чаще других переживаний сопутствуют вербальным галлюцинациям, особенно комментирующим движения, поступки, ощущения и мысли больных.

Нередко у больных с идеями отношения и преследования невозможно отделить одновременно возникшие иллюзорные

переживания, «бредовые иллюзии» от каких-либо конкретных бредовых сюжетов, включающих только идеи преследования или только идеи отношения. В ряде случаев невозможно определить приоритет (по времени возникновения или значимости) иллюзий, галлюцинаций, бреда, тесно связанных друг с другом в единой бредовой композиции. Точное совпадение по содержанию вербальных псевдогаллюцинаций и бредовых переживаний, возникающих одновременно с ними и после них, нередко наблюдается при парафренном бреде.

В тех случаях, когда основу заболевания составляет параноидный синдром и больной жалуется на «запахи», практически невозможно не только определить, иллюзии это или галлюцинации, но также установить характер самих переживаний больного: действительно ли они включают сенсорный, чувственный компонент, т. е. действительно ли ощущается запах, или имеется лишь бредовая убежденность больного в наличии запаха. Подобная бредовая убежденность наблюдается при параноидных формах бреда с интерпретативным бредовым толкованием происходящего вокруг. Так, один находящийся под нашим наблюдением больной часто, особенно в периоды пониженного настроения, замечает, что окружающие люди (знакомые и незнакомые) стараются отойти от него, отворачиваются, потягивают носом воздух — принюхиваются. На их лицах больной замечает гримасы отвращения. Он давно утвердился в мысли о том, что от него исходит неприятный запах. Временами без должной уверенности считает, что сам ощущает этот запах, но обычно подтверждает, что о запахе догадывается по поведению других. В этом случае нельзя говорить о сочетании обонятельных галлюцинаций и бредовых идей. Здесь речь идет только о бредовых переживаниях с включением в них не действительных обонятельных галлюцинаций, а бредовых иллюзий. Обонятельные галлюцинации всегда в большей или меньшей степени тематически связаны с бредом. То же самое можно сказать о вкусовых и тактильных галлюцинациях. При этом в клиническом плане представляет интерес анализ соотношения у одного и того же больного бредовых переживаний с тактильными галлюцинациями и тактильными псевдогаллюцинациями.

Бредовая интерпретация тактильных галлюцинаций проявляется либо в прямой их связи с бредовыми идеями преследования, либо в сочетании с бредом — тематической, а не сюжетной связи с ним. Патологические ощущения, близкие к тактильным, могут локализоваться не только на поверхности тела, но также в подкожной жировой клетчатке, костях, внутренних органах, мозге. Это не просто сенестопатические ощущения или соматогенно вызванные висцеральные иллюзии. В отличие от них тактильные галлюцинации облекаются в форму конкретного переживания и более или менее содержательны. Они во всех случаях трактуются по-бредовому. Сюжеты подобных гал-

люцинаций и их бредовое оформление разнообразны. Иногда тактильные галлюцинации и их бредовая интерпретация возникают одновременно. В ряде случаев «бредовое понимание» тактильных обманов развивается постепенно.

Известную синдромологическую взаимозависимость между бредом, с одной стороны, и галлюцинациями или псевдогаллюцинациями — с другой, можно выявить при возникновении бреда одновременно с соответствующими ему по фабуле псевдогаллюцинациями или после них и при появлении истинных галлюцинаций, основывающихся на предшествующем бредовом сюжете.

При вербальных, зрительных и других галлюцинациях, вытекающих из бреда, соответствующих ему сюжетно и неотделимых от него, трудно исключить аутосуггестивный характер их возникновения. Некоторые авторы такие галлюцинации называют бредовыми. Подобный генез имеют, например, галлюцинации у больного, у которого возник бред преследования и отравления, а затем появились слышимые за стеной дома голоса преследователей, запах отравляющего газа, металлический привкус пищи и т. д. Суггестивный и аутосуггестивный механизм появления не только галлюцинаций, но и бреда выявляется при анализе индуцированных психозов.

На протяжении текущего столетия отечественные психиатры и ученые других стран уделяют большое внимание изучению характера синдромологических и клинических взаимоотношений между бредом и иллюзиями, галлюцинациями, псевдогаллюцинациями. Отдельные высказывания по названной проблеме и суждения о результатах соответствующих исследований заслуживают краткого обзора.

О возможности возникновения бредовых идей в связи с аллегоризацией галлюцинаций и ощущений в различных органах и на разных участках тела писал Н. М. Попов в 1897 г. Э. Крепелин (1915) считает, что бредовые идеи нередко дают пищу галлюцинациям, а не наоборот. В том же плане высказывается О. Бинсвангер (1908), называющий галлюцинации костюмом, в который «одеваются бредовые идеи». И. Г. Оршанский (1910) сравнивает два вида проявления бреда с галлюцинациями и иллюзиями: когда больной говорит, что все происходящее вокруг — подготовка к его казни, это — «иллюзорный бред»; когда же он утверждает, что готовится его казнь, но не может привести доказательств на основании происходящего вокруг, это — «галлюцинаторный», «аутогенный», «рефлекторный», «автоматический» бред. Автор полагает, что при аффективных и ипохондрических психозах бредовые идеи порождаются галлюцинациями или ощущениями.

Галлюцинации, содержащие тематику обвинения и преследования больного, М. И. Вайсфельд (1939, 1940) называет параноидными восприятиями. Среди иллюзий и галлюцинаций он выделяет конкретно враждебные в плане преследования и общие неконкретные, но также враждебные. К этому он добавляет следующие выводы: «галлюцинаторный бред» и «бредовые системы» вызывают более выраженные двигательную, речевую и эмоциональную реакции, чем бредовые идеи без галлюцинаций; вторичный бред может основываться на интерпретации сенсорных явлений, а первичный — на эмоциях (кататимные идеи) и патологическом мышлении; галлюцинации, эмоции и первичные идеи не могут иметь бредообразующей силы, значит,

«истоки вторичного бреда» те же, что и первичного, т. е. к нему приводит органический церебральный процесс, а галлюцинации, эмоции и др.— лишь почва, на которой развивается вторичный бред. Несколько иначе оценивает зависимость возникновения бреда от галлюцинаций А. А. Меграбян (1967), который пишет о значении появления псевдогаллюцинаций для «чувства овладения» (инверсии), т. е. состояния, приводящего к бредообразованию.

Ряд авторов достаточно противоречиво характеризуют взаимозависимость бреда и галлюцинаций при конкретных психических заболеваниях Так, например, приводятся следующие наблюдения: при остром алкогольном галлюцинозе появляются бредовые идеи, связанные с галлюцинациями, особенно в тех случаях, когда галлюцинации приобретают постоянный характер, при этом в отличие от шизофрении галлюцинации и бред всегда связаны тематически [Хохлов Л. К., 1960; Бруенок А. В., 1975]; симптомокомплекс острого алкогольного галлюциноза может включать бредовой компонент, характеризующийся относительной самостоятельностью или редуцированный до уровня веры в истинность содержания галлюцинаций [Гофман А. Г., 1968]; между интенсивностью вербальных галлюцинаций эротического характера и бредом ревности имеется четкая корреляция [Опря Н. А., Опря С. В., 1969]; при поздних травматических психозах бредовой синдром появляется на фоне галлюцинаций, зависит от них, нестоек и исчезает вместе с галлюцинациями [Концевой В. А., 1961]; при шизофрении почти всегда перед возникновением бреда больные испытывают другие анормальные переживания: галлюцинации, нарушение мышления, кататонические и другие проявления [Губер Г., Гросс Г., 1977]; к параноидным расстройствам, наблюдаемым при бредовых формах шизофрении, нередко присоединяется галлюцинаторная симптоматика [Снежневский А. В., 1966; Дружинина Т. А., 1970; Алимханов Ж. А., 1987] и др.

В связи с многомерностью, многопрофильностью, а также повторяемостью, типичностью, или специфичностью, бредовых синдромов, о которой уже говорилось, невозможно изложение их клиники по строгой, однозначной схеме. Однако наиболее приемлемым мы считаем последовательное клиническое описание различных бредовых синдромов по основным классам — бред нарушенного, или расстроенного, сознания, чувственный и интеллектуальный бред. Предлагаемый порядок изложения основывается на следующих положениях.

1. Клиническая характеристика бредового синдрома включает анализ условий бредообразования, особенностей развития и свойств конкретного этапа (паранойяльный, параноидный, парафренный), тематической направленности и содержания бредовых переживаний.

2. Феноменологически одни и те же формы бреда могут встречаться при нарушенном сознании, чувственном и интеллектуальном бреде ненарушенного сознания (например, бред преследования наблюдается одинаково часто при бреде помраченного сознания, в частности делириозном, и интеллектуальном шизофреническом бреде, а также при чувственном бреде экзогенно-органической природы).

3. Близкие по психопатологическому проявлению бредовые синдромы существенно различаются в зависимости от нозологической формы психического заболевания (например, бредовые идеи ревности, возникающие при шизофрении и относящиеся к интеллектуальному бреду, существенно отличаются от

бредовых идей ревности, наблюдаемых при чувственном бреде больных церебросклеротическим психозом, эпилепсией или алкогольным психозом).

4. Возможны смешанные формы бреда (например, онейроидный бред, патологически связанный с интеллектуальным шизофреническим бредом, но возникший при онейроидном помрачении сознания).

В связи с изложенным необходимо иметь в виду условный характер приводимого ниже разделения бредовых синдромов по основным классам бреда — интеллектуальному, чувственному, нарушенного сознания. При этом, если интеллектуальный бред встречается только при психических заболеваниях, в частности шизофрении, а чувственный бред — при различных психозах, протекающих с большей или меньшей «заинтересованностью» нервно-соматической сферы, то бред нарушенного сознания обязательно патогенетически связан с расстройством сознания разной степени выраженности, начиная от гипнагогического и гипнопомпического, истерического или эпилептического и кончая делириозным или онейроидным.

Учитывая сложность проблемы бреда, а также отсутствие достоверных знаний о сущности нормальной и патологической мыслительной деятельности, мы предлагаем многомерную систематику бредовых феноменов, включающую их разделение на следующие сводные группы:

а) классы, характеризующиеся отношением к высшим психическим функциям,— бред помраченного сознания, чувственный бред, интеллектуальный бред;

б) категории — бессвязный, интерпретативный, формирующийся, кристаллизованный, систематизированный бред;

в) виды механизма бредообразования — эссенциальный, голотимический (катестезический, кататимный), аффективный;

г) типы течения — острый, подострый, хронический и волнообразный, а также этапы, периоды, стадии бредового синдрома;

д) формы тематики и фабулы — бред преследования, величия и др.

Кроме того, следует различать типическую, или специфическую, синдромологическую и нозологическую принадлежность бреда.

Основные классы бредовых феноменов. Разделение бреда на первичный — интеллектуальный и вторичный — чувственный в отечественной, немецкой, французской, итальянской и ряде других психиатрических школ считается общепризнанным. Сущность такого разделения рассматривается в подавляющем большинстве статей, руководств, монографий по психиатрии, опубликованных за последние 100 лет, и излагается достаточно однотипно.

И. Г. Оршанский (1910) называет интеллектуальный, ни от чего не зависящий бред первичным, а бред, зависящий от другой психопатологической

симптоматики, главным образом в сфере чувств и импульсов,— вторичным. В. П. Осипов (1923), считает первичными бредовые идеи, возникающие вследствие неправильного истолкования происходящего вокруг, событий жизни и отношений их к больному, в результате фантазирования, т. е. непосредственно зависящие от изменений деятельности сознания, а вторичными — формирующиеся на почве расстройства памяти, галлюцинаций, сновидений, нарушения чувствительности, аффектов, т е непосредственно не зависящие от изменений деятельности сознания. При этом автор подчеркивает, что лишь первичные бредовые идеи можно считать истинным бредом, так как вторичные зависимы от перечисленных выше факторов и могут исчезать, например, параллельно с нормализацией аффекта. По его мнению, чаще всего бред бывает «смешанным», т. е включает первичные и вторичные бредовые идеи с преобладанием тех или других.

На «первичный» и «вторичный» разделяют бред также К. Ясперс (1913, 1923) и Г. Груле (1932), на мнение которых современные психиатры ссылаются в первую очередь. М. И. Вайсфельд (1936) к первичному бреду относит одиночные бредовые идеи, внезапно возникающие подобно воспоминаниям, «ассоциированные бредовые идеи, появляющиеся на основе интерпретации действительных восприятий», «островчатый, или изолированный, бред, не сочетающийся с обычным течением мысли больного, чуждый собственным идеям больного, не поддающийся его логическому анализу или доводам других». Вторичным он называет бред, основывающийся на «психических явлениях другого порядка». В отличие от вторичного первичный бред, по его мнению, не только находится на разных уровнях с другими психическими переживаниями, но и в дальнейшем никогда с ними не перекрещивается, не встречается и может иметь разные характеристики: положительную или отрицательную. В. И. Аккерман (1936) к первичному относит только бред, возникающий при шизофрении.

Однако не все психиатры, анализируя бредовые синдромы, обозначают их «первичные» или «вторичные». Эти авторы нередко присоединяются к мнению А. Эя (1958), считающего всякий бред вторичным.

И. А. Сикорский (1910) настаивает на том, что «первичного бреда в строгом смысле слова нет и не может быть». Такого же мнения придерживается В. П. Сербский (1912), считающий, что возникновение первичного бреда без предшествующих причин невозможно О. В Кербиков не признает «первичность и невыводимость подлинного бреда». Примерно о том же пишет Г. Е. Сухарева (1955), подчеркивающая, что концепция существования «первичного, невыводимого бреда» несостоятельна, поскольку нарушение познавательной деятельности в виде бреда может возникать в момент перехода от «чувственного непосредственного познания» «к познанию опосредованному, абстрактному». Е. Н. Каменева (1957) настаивает на том, что бред необходимо рассматривать как патологический синдром, неразделимый на первичный и вторичный. Л. Л. Рохлин (1976) присоединяется к психиатрам, связывающим генез бреда при шизофрении, в противовес теории о его первичности, с разными психопатологическими образованиями, относящимися преимущественно к патологии мыслительной деятельности или патологии аффекта.

Разделение бреда в зависимости от его соотношения с интеллектуальной (первичной) и аффективной (вторичной) сферами повторяет классификации всех психических расстройств, предложенные немецкими и французскими психиатрами прошлого века, в которых все психические процессы разделены на интеллектуальные и аффективные.

По данным Ю. В. Каннабиха (1928), в XIX в. психозы было принято делить на группы расстройств эмоциональной и интеллектуальной сфер. Например, Е. Целлер (1804—1877) причисляет бред к психозам, связанным с интеллектуальными расстройствами. Э. Мейер (1861) также относит бред

к патологии интеллекта, а не к «расстройству чувствований». В классификации, предложенной К. Л. Кальбаумом (1879), III группа («векордия») включает паранойю — поражение интеллектуальной сферы с образованием идей, а к IV («дисфрения») отнесен лихорадочный и алкогольный бред.

Р. Крафт-Эбинг (1890) выделяет две большие группы психозов, в которые включены психические заболевания вполне развитого мозга и состояния психического недоразвития. К первой группе он относит чувственный бред, или «галлюцинаторные помешательства», ко второй — паранойю прирожденной и типической форм, включающих бред преследования, величия, эротический, религиозный, сутяжный. Острый чувственный бред он причисляет к психозам, не сопровождающимся патологоанатомическими нарушениями, а острый неаффективный бред — к психозам, сочетающимся с органическими нарушениями мозга.

Еще более выраженную аналогию между общей классификацией психозов и классификацией бреда можно заметить в исследовании французского психиатра А. Маттея (1829), который выделяет «сумасбродные идеи», созданные ложными впечатлениями, родившимися в мозге, и «сумасбродные идеи», не связанные ни с какими впечатлениями, ложными или действительными. К первым он относит «частный бред», основанный на впечатлениях (по современной терминологии — чувственный бред). В эту группу входят «настоящие первичные душевные расстройства»— болезни чувства и болезни рассудка, включающие бредовые помешательства, и смешанные формы, включающие также бред, дурашливость. Вторую группу составляет «общий, или бешеный, бред», в том числе стойкий бред и фиксированные идеи. Ж. Эскироль назвал эту группу «интеллектуальная мономания».

Предпосылки к разделению бреда на интеллектуальный и чувственный в известной степени основываются на некоторых положениях формальной логики, в соответствии с которыми можно различать два вида бредового мышления: при первом нарушается когнитивная сфера — больной подкрепляет свое искаженное суждение рядом субъективных доказательств, объединенных в логическую систему; при втором нарушается и сенсорная сфера: бред больного носит образный характер с преобладанием грез и фантазий [Карпенко Л. А., 1985]. Примерно то же подчеркивает А. А. Меграбян (1975), считающий, что имеется «внутренняя двойственность психики», образованная мыслительной и чувственной функциями. В доступной обозрению литературе по психиатрии второй половины XIX и XX в. полностью подтверждается существование рамок, ограничивающих структуру классификации бредовых состояний феноменами, обусловленными нарушениями преимущественно интеллектуальной или преимущественно чувственной сферы.

По материалам Ю. В. Каннабиха (1928), В. А. Гиляровского (1938, 1954), А. С. Кронфельда (1939), Н. Ф. Дементьевой (1974), И. А. Родионова (1975), О. П. Вертоградовой (1976), А. Б. Смулевича (1976) и собственным данным, за последние 150 лет многочисленные авторы, нередко повторяя одни и те же соображения, приводят следующие наименования, или определения, различных бредовых состояний: меланхолический бред фантастического содержания [Байарже Ж., 1844]; первичное помешательство, включающее бред, развившийся без предшествовавшей меланхолии или мании, и вторичный бред, вытекающий из меланхолии или мании [Снелль З., 1865]; чувственный бред, противоположный бреду суждения [Кальбаум К., 1866]; первичный примордиальный бред и вторичный по Снеллю [Гризингер В., 1867]; чувственный и запойный бред, включающий обманы чувств

и нарушение интеллекта [Шюле Г., 1880]; галлюцинаторная форма острого помешательства [Мейнерт Т., 1882]; первичный — интеллектуальный, интерпретативный и вторичный — чувственный бред, обусловленный наплывом псевдогаллюцинаций, патологическими фантазиями, а также образный бред [Кандинский В. Х., 1885, 1890]; бред восприятия, или чувственный, или галлюцинаторный бред [Крафт-Эбинг Р., 1890, 1897; Крепелин Э., 1913; Гиляровский В. А., 1938]; сенсориальный бред [Дель-Греко, 1893]; стойкий конституциональный бред, связанный с личностью больного, и истинный систематизированный бред [Маньян В., 1897]; чувственный бред [Ковалевский П. И., 1892]; систематизированный, несистематизированный, инкапсулированный, делириозный бред [Шпехт Г., 1901]; чувственный бред, обусловленный наплывом галлюцинаторных образов [Маньян В., Легрен М., 1903; Рыбаков Ф. Е., 1916]; бред, основывающийся на истинных восприятиях, естественных чувственных впечатлениях при их болезненном толковании и на извращенных восприятиях и галлюцинациях, а также бред объяснения — бредовые переживания, возникающие при умственной переработке прежних представлений [Крепелин Э., 1910]; депрессивный бред с угнетающим содержанием [Сербский В. П., 1912]; первичные истинные бредовые идеи, возникшие на почве патологического изменения деятельности сознания, и вторичные — бредоподобные [Осипов В. П., 1916, 1923]; бредоподобные идеи, понятно вытекающие из аффектов, а также других переживаний, и истинные, психологически невыводимые, феноменологически являющиеся чем-то непосредственным [Ясперс К., 1923]; интерпретативные бредовые идеи, с тенденцией к толкованию событий, связанные между собой, анализируемые, продуманные и интуитивные, без тенденции к мыслительному анализу [Вайсфельд М. И., 1940]; шизофренический бред — непонятный, лишенный логических оснований, возникающий на почве переживания особого значения, и аффективно-синтетический бред — психологически понятный, обусловленный аффективными переживаниями [Меграбян А А., 1967]; чувственный бред — бред восприятия, но не на сенсорном уровне, и интеллектуальный [Тиганов А С., 1969]; интеллектуальный, галлюцинаторный или сенсориальный и образный бред [Дементьева Н Ф., 1974]. О клинических особенностях чувственного и интеллектуального бреда писали также С. С. Корсаков (1903), С А. Суханов (1904), Е Мендель (1904), И Г. Оршанский (1910), Ж. Леви-Валенси (1927), С. Г. Жислин (1940), М.О Гуревич (1949), О. В. Кербиков (1949), Г. Е. Сухарева (1955), Я. И. Чехович (1956), Е. Н. Каменева (1957), И. Ф. Случевский (1957), Л. М. Елгазина (1958), Е. Д. Соколова (1967), Р. А. Наджаров (1972), А. Б. Смулевич (1976), О. П. Вертоградова (1976) и др.

В последние годы выделение основных классов бреда не претерпевает каких-либо принципиальных изменений. Так же как и в предыдущие десятилетия, оно соответствует двум основным функциям человеческой психики — интеллектуальной и аффективной. По-прежнему интеллектуальный бред обозначают как первичный и в большинстве случаев идентифицируют с интерпретативным, а аффективный, или чувственный, бред считают вторичным, и одни авторы объединяют его с образным, а другие — разграничивают с ним. Доказательства правильности указанной классификации или ее модификаций не отличаются оригинальностью, меняются лишь формулировки, иногда расстановка акцентов или перечень составных элементов.

В. М. Морозов (1975) подчеркивает, что при первичном интерпретативном бреде «нарушается преимущественно рационально-логическое познание — отражение внутренних связей действительности, в то время как чув-

ственное познание страдает в гораздо меньшей степени». О. П Вертоградова (1975) соглашается с К. Ясперсом, который делит бред на бредовой вымысел и бредовое восприятие, соответствующие интеллектуальному и чувственному бреду. А. Б. Смулевич (1976) в зависимости от психопатологической структуры и закономерностей развития выделяет три формы бреда: первичный, чувственный, или образный, и аффективный. П. Пишо (1982) отмечает, что в современной французской психиатрии сохраняется деление бреда на интеллектуальный, или интерпретативный, охватывающий гиперсензитивные бредовые состояния, и эмоциональный, или бред воображения, включающий чувственные бредовые состояния. При первых бредовая система склонна к генерализации, полностью изменяя все стороны мировоззрения, при вторых, наоборот, бредовая предпосылка не выходит за пределы первоначальных бредовых умозаключений.

Вл. Иванов (1981) различает три регистра бреда: полиморфный бред с недостаточно определенной фабулой, бред параноидной фокусировки и бред с тематическим разветвлением, дальнейшим развертыванием. А. В. Снежневский (1983) повторяет традиционную систематику бреда, включающую первичный — интеллектуальный, интерпретативный бред и вторичный — образный, или чувственный. А. М. Рыбальский (1983) пишет об интерпретативном бреде (с вариантами — паранойяльный, депрессивно-паранойяльный, депрессивно-сенестопатический, депрессивно-деперсонализационный), чувственном и смешанном, или интерпретативно-чувственном

Г П. Пантелеева (1989) не соглашается с возникшим, по ее мнению, традиционным распределением бредовых феноменов на острый чувственный и интерпретативный, поскольку в зависимости от предрасположения и почвы острые бредовые синдромы в структуре шизофрении могут возникать то в виде фазы, то в форме реакции, то в качестве приступа и состояния экзацербации Она считает возможным возникновение в рамках одного синдрома как острого, чувственного, так и интерпретативного, интеллектуального, бреда. Несколько иначе подходят к классификации бреда французские психиатры, считающие, что существует бред как проявление автоматизма — онирический бред и тесно связанный с ним бред интерпретации (цит. по Кербикову О В , 1949) Относительно близкую к этой систематику предлагает А. Эй (1968), рассматривающий бред в одних случаях как нарушение сферы сознания — «бред восприятия», в других — как следствие «дезорганизации личности», лежащей в основе идеаторно-бредового построения.

Правильность деления бреда на чувственный, интеллектуальный, или интерпретативный, и смешанный вызывает сомнение, поскольку при так называемом чувственном бреде нарушения ощущений и восприятий по закону эксцентрической проекции могут быть вызваны нарушением мыслительного процесса и, следовательно, не являются этиопатогенетическим фактором, но вместе с тем интерпретативный бред может возникнуть вследствие изначального нарушения чувственной сферы.

Признавая клиническую обоснованность включения в систематику бредовых состояний классов интеллектуального и чувственного бреда, мы полагаем, что они должны быть дополнены классом бредовых феноменов, возникающих на почве помраченного сознания. Речь идет о бредовых переживаниях, начавшихся с момента помрачения сознания или с момента воздействия вызвавших его причин и исчезающих (за исключением случаев резидуального бреда) при прояснении сознания. К этому классу не относится чувственный бред, если его возникновение не связано с помрачением сознания, а сознание

нарушается на высоте развития чувственного бреда. Отметим, что А. Эй (1954) настаивал на выделении формы бреда, связанного с расстройством сознания. Кроме того, сохранение основных разделов традиционной систематики нуждается в следующих дополнительных пояснениях:

а) обозначение бредового феномена термином «интеллектуальный» бред в отличие от других форм бреда не вполне обоснованно, поскольку любой бред обусловлен расстройством интеллекта и является интеллектуальным;

б) понятия «интеллектуальный» и «чувственный» бред отражают механизм бредообразования, характеризуют психопатологическую структуру дебюта, течения, исхода соответствующего бредового феномена, но не исключают участия в процессе развития интеллектуального бреда чувственных элементов и в процессе развития чувственного бреда компонентов интеллектуального бреда;

в) понятия «первичный» и «интеллектуальный» бред можно считать синонимами, в то время как понятие «интерпретативный» указывает на психопатологические элементы, встречающиеся при разных клинических вариантах острого и хронического бреда, и не определяет принадлежность этого бреда к тому или иному классу;

г) правомерно существование понятия «сочетанный» бред, объединяющего в классы чувственного бреда «образный», «галлюцинаторный» бред и бред «воображения».

Разделение бредовых феноменов на первичный — интеллектуальный и вторичный — чувственный. *Первичный — интеллектуальный — бред* нередко обозначают также как «истинный», «систематизированный», «интерпретативный». Так, К. Ясперс (1923) пишет о том, что истинными бредовыми идеями мы называем именно такие, источником которых служит первичное патологическое переживание или необходимой предпосылкой к возникновению которых является изменение личности; истинные бредовые идеи могут быть неотличимы от действительности и совпадать с ней (например, при бреде ревности); первичный бред делится на бредовое восприятие, бредовое представление, бредовое осознание. М. И. Вайсфельд (1940) соглашается с Роллером и Мейсером в том, что первичный бред возникает не в результате психического процесса, а непосредственно в мозге. А. В. Снежневский (1970, 1983) подчеркивает, что отправной точкой для интеллектуального бреда служат факты и события внешнего мира и внутренние ощущения, искаженные интерпретацией больных. В. М. Морозов (1975) указывает на возможность «инфильтрации» интерпретативного систематизированного бреда элементами чувственного бреда и отмечает, что, по мнению французских психиатров, в таких случаях говорят о бреде воображения, который, включая в себя переоценку собственной личности и

даже мегаломанические идеи, интенсифицирует и сопровождает интерпретативный паранойяльный бред.

Термин «интерпретативный бред» и понятие «бредовая интерпретация» неоднозначны, так как характеризуют различные стороны психопатологического феномена.

Бредовая интерпретация всегда выражается в бредовом толковании происходящего вокруг, сновидений, воспоминаний, собственных интероцептивных ощущений, иллюзий, галлюцинаций и т. д. Симптом бредовой интерпретации полиморфен и может встречаться при любом бредовом психозе. *Интерпретативный бред,* или «бред толкования» [Вернике К., 1900], по типу течения разделяют на острый и хронический. Каждый из этих типов самостоятелен, они различаются по механизму возникновения, психопатологическим проявлениям, особенностям развития и нозологической принадлежности. Во всех отечественных исследованиях основоположниками учения об интерпретативном бреде признаются П. Серье и Ж. Капгра (1909), выделившие два варианта интерпретативного бреда. К первому, основному, они отнесли синдром, включающий бредовые концепции,— «концептуальный» бред, ко второму, симптоматическому,— бред интерпретации в виде «бреда предположительного» и «бреда вопросительного». Основной интерпретативный бред (по современной номенклатуре — *хронический интерпретативный бред),* встречающийся преимущественно в структуре шизофрении, включает систематизированные бредовые идеи и характеризуется большинством признаков первичного, или интеллектуального бреда. Взаимоотношения, взаимозависимость бредовой концепции, бредового умозаключения и бредовой интерпретации при первичном интеллектуальном бреде, сопровождающемся хроническим интерпретативным бредовым синдромом, могут быть двоякими по механизму образования. В первом случае бредовая концепция возникает внезапно в виде бредового озарения — «инсайта» с последующей хронической паралогической разработкой интерпретативного бреда; во втором — бредовые интерпретации, имеющие паралогические построения, предшествуют кристаллизации и последующей систематизации бреда, а затем продолжаются в виде интерпретации прошлого, настоящего и предполагаемого будущего в соответствии с фабулой кристаллизовавшегося бреда.

Симптоматический интерпретативный бред (по современной номенклатуре — *острый интерпретативный бред*) встречается при различных острых психозах, в том числе психозах помраченного сознания.

В этих случаях, по П. Серье и Ж. Капгра (1909), клиническая картина характеризуется отсутствием тенденции к систематизации, иногда спутанностью, психотическими вспышками, интермиттирующим течением и др. Она состоит в болезненно извращенном толковании «реальных фактов» или ощущений,

обычно с иллюзиями и реже с галлюцинациями. По Ж. Леви-Валенси (1927), острый интерпретативный бред отличается от хронического интерпретативного бреда отсутствием тенденции к систематизации; меньшей глубиной, выраженностью и сложностью интерпретативных построений; более выраженным аффективным сопровождением, склонностью к тревоге и депрессивной реакции; большей курабельностью.

Примерно с середины текущего столетия интерес к клинике «бреда интерпретации» заметно возрос. При этом проявления хронического интерпретативного бреда по-прежнему идентифицировали с проявлениями первичного интеллектуального бреда, рассматривая как одну из сторон присущей ему психопатологической картины, в большинстве случаев типичной или даже специфичной для шизофренического бреда. Острый интерпретативный бред, встречающийся при большинстве психозов, включая шизофрению, не во всех случаях удается полностью идентифицировать с вторичным чувственным бредом.

Составленная Ж. Леви-Валенси клиническая характеристика острого чувственного бреда уточнена и дополнена: этот бред отличается изменчивостью, непостоянством, нестойкостью, незавершенностью бредовых идей, отсутствием логической разработки фабулы, малой зависимостью от структуры личности, быстрым темпом образования идей, иногда наличием критических сомнений, отдельными разрозненными иллюзиями и галлюцинациями [Кузьмина С. В., 1975, 1976]. Он характеризуется также мгновенностью возникновения, заполнением фабулы бреда происходящим в данный момент вокруг больного без бредовой ретроспекции [Вертоградова О. П., 1975, 1976] и феноменологическими, динамическими элементами, позволяющими рассматривать острый интерпретативный бред как промежуточный синдром между хроническим интерпретативным и острым чувственным бредом [Концевой В. А., 1971; Попилина Е. В., 1974]. Разделению или, наоборот, идентификации острого интерпретативного и вторичного чувственного бреда уделяют внимание в своих исследованиях А. Эй (1952, 1963), Г. И. Зальцман (1967), И. С. Козырева (1969), А. Б. Смулевич и М. Г. Щирина (1972), М. И. Фотьянов (1975), Е. И. Терентьев (1981), П. Пишо (1982), В. М. Николаев (1983).

Вторичный бред — чувственный, его клинические проявления описаны в огромном количестве работ отечественных, немецких, французских психиатров и др. В отечественной психиатрии, особенно второй половины XX в., чаще других используют термин «чувственный бред», однако нередко в качестве синонимов можно встретить термины «аффективный бред», «бред воображения», «образный бред» и т. п. Определение понятия «чувственный бред» на протяжении столетия давали многие авторы, поправлявшие и дополнявшие друг друга. В последние десятилетия неоднократно составлялись сводные дефиниции термина

«чувственный бред». Так, А. В. Снежневский (1968, 1970, 1983), резюмируя высказывания ряда психиатров, пишет, что чувственный бред с самого начала развивается в рамках сложного синдрома наряду с другими психическими расстройствами, имеет наглядно образный характер, лишен связной системы доказательств, логического обоснования, отличается фрагментарностью, непоследовательностью, неясностью, нестойкостью, сменой бредовых представлений, интеллектуальной пассивностью, преобладанием воображения, иногда нелепостью, сопровождается растерянностью, напряженной тревогой, нередко импульсивностью. При этом содержание чувственного бреда строится без активной работы над ним, включает события как реальные, так и фантастические, грезоподобные.

Фантастический бред сопровождается растерянностью. Он может проявляться в виде антагонистического бреда — борьба двух начал, добра и зла, или почти идентичного ему манихейского бреда — борьба света и тьмы с участием в ней больного, бреда величия, знатного происхождения, богатства, могущества, физической силы, гениальных способностей, экспансивного, или грандиозного, бреда — больной бессмертен, существует тысячи лет, обладает несметными богатствами, силой Геркулеса, гениальнее всех гениев, руководит всей Вселенной и т. п. Нередко чувственный бред отличается чрезвычайной образностью, непрерывно пополняется новыми деталями, обычно противоречивыми, незапоминаемым больными множеством событий с оценкой происходящего вокруг как специально разыгрываемой инсценировки — бред инсценировки. При чувственном бреде постоянно меняются люди и обстановка — метаболический бред, наблюдается также бред положительного и отрицательного двойника — знакомые загримированы под чужих, а чужие — под знакомых, родных, все происходящие вокруг действия, слуховые и зрительные восприятия трактуются с особым значением — символический бред, бред значения.

К фантастическому бреду относятся также бред метаморфозы — превращения в другое существо и бред одержимости. Разновидностью образного бреда является аффективный бред, сопровождающийся депрессией или манией. К депрессивному бреду принадлежат бред самообвинения, самоуничижения и греховности, бред осуждения окружающими, бред гибели (близких, самого больного, имущества и т. д.), нигилистический бред, бред Котара.

Ряд авторов вслед за А. В. Снежневским (1968) уточняют, что бред называется чувственным, так как источником информации в момент его возникновения служат «объекты» (предметы, явления, события), которые находятся в пределах чувственной досягаемости, т. е. в связи с «заинтересованностью» в его возникновении нарушения чувственного познания. Этот тезис дополняется тем, что чувственный бред, представляющий собой больше интуицию, нежели идеаторную разработку, может быть назван бредом восприятия, основывающимся не на обманах восприятия, а на особом смыс-

ле воспринимаемого, значимого для больного, или являющимся следствием извращения личностного смысла восприятия [Вертоградова О П., 1976]. Кроме того, предлагается различать два типа чувственного бреда: один характеризуется интенсивностью, крайне выраженной неустойчивостью, динамичностью, сменяемостью, пластичностью всех компонентов, преобладанием предположительно вопросительной формы высказываний и аффекта недоумения, измененным восприятием окружающего и пониманием окружающего как целого, множеством сменяющихся ложных узнаваний, симптомом инсценировки — неустойчивой и бесфабульной, с бредовой дереализацией и дезориентировкой, лишенными логической аргументации бредовыми интерпретациями, другой — меньшей интенсивностью, большей стойкостью, повторяемостью, попыткой аргументации, преобладанием аффекта страха, конкретным содержанием, преобладанием интерпретаций [Дементьева Н. Ф., 1974].

В. М. Блейхер (1983) вводит понятие «отрывочный бред». Он пишет, что при отрывочном бреде (несистематизированном, образном, чувственном) переживания «не имеют единого стержня, не связаны между собой», они меньше меняют личность больного, отсутствуют выраженная аффективная насыщенность, логическая связь между отдельными бредовыми идеями, причем в основе отрывочного бреда лежит нарушение чувственного познания, непосредственного отражения предметов и явлений окружающего мира.

Перечисленные варианты чувственного бреда можно дополнить следующими: ипохондрический бред отрицания, бред метаболический, трансформации, превращения (включая микро- или макроманический); бред преследования — влияния или физического воздействия, демономанический, ограбления и разорения.

Большое количество вариантов чувственного бреда связано с его вторичностью и многообразием механизмов возникновения. Этот бред может быть вызван расстройствами каких-либо чувственных элементов познавательной деятельности (ощущений, восприятий, представлений), иллюзиями, галлюцинациями, патологическим воображением или фантазией, а также патологией аффективной сферы.

Многие авторы используют в качестве синонимов термины «чувственный», «образный» бред и бред «воображения». Они считают, что обе формы встречаются в остром психотическом состоянии на грани острого бредового и острого парафренного синдромов, при переходе от обычной фабулы к фантастической. Некоторые психиатры, наоборот, не признают идентификацию чувственного бреда с бредом инсценировки, образным бредом, бредом воображения и др. Однако в качестве самостоятельного класса очень немногие авторы предлагают выделить только образный бред.

Н Ф Дементьева (1975, 1976) рассматривает чувственный и образный бред как самостоятельные классы, принципиально отличающиеся один от другого тем, что чувственный бред является следствием расстройства восприятий, а образный — патологии представлений — болезненно усиленного воображения. Характерными чертами образного бреда она считает наплыв разрозненных отрывочных нестойких бредовых представлений, основывающихся на ярком образном предчувствии, содержанием которого являются переживания желаемого, воображаемого или вызываемого спасениями, включающих нередко фантастические конфабуляции, направленные только в прошлое, базирующиеся на чистом вымысле, бредовых фантазиях, а не на воспоминаниях конкретных фактов.

Изложенную позицию детализирует О. П. Вертоградова (1975, 1976), которая отмечает, что на высоте острых приступов шизофрении бредовое восприятие уступает место бредовому вымыслу, бредовой фантазии, что указывает на переход чувственного, отражательного бреда — бреда восприятий в образный бред — бред представлений.

Мы считаем, что с принципиальным разделением чувственного и образного бреда согласиться нельзя по двум причинам. Во-первых, психопатологическими и тематическими источниками чувственного бреда могут быть любые нарушения познавательной сферы, т. е. изолированные или, чаще, смешанные расстройства ощущений, восприятий, представлений. В связи с этим, признавая позицию о клинической и классификационной самостоятельности образного бреда как бреда представлений, следовало бы также выделить бред ощущений и бред восприятий как самостоятельные классы бреда: бред ощущений — в случаях связи бреда с расстройствами интероцептивных ощущений, сенестопатий, парестезий и т. д., а бред восприятий — в случаях иллюзий, галлюцинаций и других расстройств восприятия, во-вторых, термин «образный» понимают не только в смысле «представления образов», но также в плане категории «образного мышления, т. е. мышления образами, а не словами — вербальными символами. Последнее соображение перекликается со следующими высказываниями А. Н. Лука (1976): образ — это обобщенное представление об индивидуальных качествах, мышление образами — конкретное, мышление понятиями — абстрактное; при формировании образа происходит изоморфное перекодирование информации, а при переходе от образа к символу изоморфизм нарушается. При обратном переходе, т. е. при возвращении от символа к образу, может обнаружиться, что в процессе мышления действительность была искажена, так называемое «чистое» образное или «чистое» символическое мышление представляют собой скорее исключение, чем правило. Следовательно, «представление образа»— такой же элемент познания, как восприятие, а образное мышление наряду с символическим мышлением — суть мыслительного процесса и связано с понятиями.

Приведенные соображения дают основание для вывода в том, что бредовые переживания, обусловленные расстройствами восприятий и представлений, не могут иметь принципиальных различий. Правомерно предположение, что чувственный, образный характер бредовых переживаний составляет лишь «оболочку», внешнее проявление, «фасад» бреда. Весьма часто расстройства ограничиваются острым возникновением подобных чувственных, образных переживаний, не включая бредового компонента. Следовательно, бредовой компонент при его появлении и развитии самостоятелен. В этом случае не чувственные и образные переживания ведут к бреду, а данный вариант бреда «стимулирует» чувственные, образные переживания и в свою очередь ими поддерживается.

М. И. Вайсфельд (1939, 1940) по этому поводу пишет, что иллюзии, галлюцинации, измененные восприятия «не имеют бредообразующей силы». Мы полагаем, что он прав, но прав лишь частично, поскольку стремление человеческого разума к объяснению всех происходящих явлений обусловливает попытку больного объяснить для себя сущность собственных галлюцинаторных переживаний. Такая попытка приводит к двоякому исходу: либо к критической оценке «обманов чувств», либо к бредовой интерпретации. В последнем случае остается неясным вопрос, был ли заложен бредовой компонент изначально в структуру психоза или возник в порядке интерпретации галлюцинаций.

По поводу галлюцинаторного бреда, представляющего собой вариант чувственного бреда, можно думать, что не всегда при сочетании бреда и галлюцинаций последние лежат в основе бредообразования. Так, в одних случаях галлюцинации и бред возникают одновременно и параллельно. При этом возникновение бреда не предопределяется галлюцинациями: он развивается самостоятельно, но галлюцинации влияют на его дальнейшее развитие и содержание. Бред и галлюцинации переплетаются, создавая прочный круг взаимной стимуляции (сюжетной, аффективной, «целевой»). В других случаях бред присоединяется к возникшим значительно раньше галлюцинациям и является результатом патологической творческой «разработки» причин появления образов (слуховых, зрительных и др.), которые мы квалифицируем как галлюцинаторные. Так бывает, например, при хроническом алкогольном галлюцинозе, к которому рано или поздно может присоединиться бред. Если такое понимание правомерно, то аналогичные соображения обоснованы в отношении взаимодействия аффекта и бреда. Не аффективные нарушения ведут к возникновению бредовых идей, а бред и аффект возникают одновременно или возникновение бреда опережает и предопределяет появление аффекта. В связи с этим вопрос о разделении бредовых идей на «первичные» и «вторичные», «чувственные» и «интеллектуальные» в каждом конкретном случае нуждается в оговорках и уточнении.

Оценка состояния сознания при классификации бреда. Формы бреда, возникновение которых связано с помрачением сознания, составляют класс, объединяющий обычно отрывочные бредовые переживания, входящие в структуру различных синдромов: сумеречных, аментивных (эпилептического и истерического генеза), онирических, делириозных, онейроидных и т. п.

Анализ бредовых состояний, включающих элементы помраченного сознания на высоте развития чувственного бреда [Чиж В. Ф., 1911], проводили многие психиатры. Однако принципиальное разделение подобных случаев с состояниями, при которых бред интимно связан с помрачением сознания, обусловлен им, признается не всеми [Вайсфельд М. И., 1940]. Вместе с тем

еще в 1889 г. Мейнерт описал состояния «первичного помешательства», сопровождающиеся «острой бредовой спутанностью», полностью зависимой от расстройства сознания и названной им «аменцией». Е. Якоби (1860) и Ф. Морель (1860) создали учение об остром инфекционном лихорадочном бреде. Некоторые авторы [Фаворина В. Н., 1956; Снежневский А. В., 1970, 1983; Тиганов А. С., 1974, и др.] бредовые состояния помраченного сознания, характеризующиеся «нарушением отражения реального мира в его внешних связях», относит к чувственному бреду. По свидетельству С. В. Кузьминой (1976), многие французские психиатры классифицируют бредовые состояния в зависимости от «уровня нарушения сознания» при них.

Итак, большинство современных отечественных психиатров не включают в систематику бредовых состояний бред помраченного сознания в качестве самостоятельного класса, а рассматривают его в классе чувственного бреда. Такая позиция объясняется тем, что бред помраченного сознания всегда вторичен, в большинстве случаев сопровождается аффективными нарушениями, в психопатологическом отношении представляет собой галлюцинаторно-параноидный синдром с выраженным нарушением познавательной деятельности (ощущений, восприятий, представлений). Вместе с тем бред помраченного сознания в отличие от чувственного характеризуется прямой этиопатогенетической зависимостью бредовой симптоматики (наравне с симптоматикой иллюзорной и галлюцинаторной) от возникновения, интенсивности, исчезновения признаков помрачения сознания. Подчеркнем, что бред помраченного сознания обусловлен не предшествовавшими ему иллюзиями, галлюцинациями, другими расстройствами познавательной деятельности или аффективной патологией, а так же, как и они,—нарушением сознания.

Таким образом, первичному бреду, возникновение и проявление которого непосредственно связаны с расстройством мыслительной деятельности, противостоит не чувственный, а вторичный бред помраченного сознания, возникновение и проявление которого связаны с расстройством сознания. Чувственный бред также вторичный, обусловлен не непосредственными расстройствами мышления или сознания, а предшествующими нарушениями познавательной и аффективной сфер. Решая вопрос о принадлежности бреда в каждом конкретном случае к тому или иному классу, следует иметь в виду, что такая принадлежность предопределяется основной структурой бреда, особенностями его возникновения, характером развития, исходом. При этом не исключается появление на разных этапах развития бреда психопатологических элементов, присущих другим его классам. Так, феномен, характеризующийся в своем дебюте всеми признаками чувственного бреда, в дальнейшем может приобретать свойства интеллектуального бреда, образовывая бредовую систему и полностью трансформируясь в интеллектуальный бред. В то же время интеллектуальный бред в своем развитии может прерываться приступами онейроидного бреда,

присущего бреду помраченного сознания, или окрашиваться свойствами, характерными для чувственного бреда.

Систематика клинических вариантов основных классов бреда. Первичный интеллектуальный, вторичный чувственный бред и бред помраченного сознания могут внутри каждого из перечисленных классов различаться по фактору причинности, по типу возникновения и течения, степени кристаллизации и систематизации, стадии или периоду, виду доминирующей тематики, синдромологической и нозологической принадлежности.

По фактору причинности принято различать:

а) эссенциальный, или генуинный, бред, т. е. бред, возникший без какой-либо видимой причины;

б) бредовой синдром, входящий в структуру психического заболевания, частично «генетически связанного» с наследственным фактором, т. е. с соответствующими заболеваниями у прямых и непрямых родственников по восходящей линии или братьев и сестер («генетически связанного» с заболеванием, а не с конкретным классом, типом, видом бреда);

в) конституционально «зависимый» бред, т. е. бредовой синдром, возможно или вероятно связанный с преморбидной, в частности, психопатической конституцией (например, параноидный бред);

г) кататимный бред, построенный на чувственно окрашенном комплексе представлений [Майер Г. В., 1913];

д) психогенный, аффективный бред, обязательно связанный с психотравмирующим фактором;

е) катестезический бред, основывающийся на бредовой переработке интероцептивной информации [Гиляровский В. А., 1949];

ж) индуцированный «симбионтический» бред, состоящий в суггестивном восприятии шизофренического бреда лицами, не страдающими психозом [Шарфеттер Ч., 1970];

з) индуцированный конформный бред, заключающийся в суггестивном восприятии (по механизмам криптомнезии шизофренического бреда больным или больными шизофренией, совместно проживающими или длительно находящимися в стационаре с действительным автором бреда);

и) голотимный бред — всегда чувственный, основывающийся на эмоциональном расстройстве (обычно депрессивном аффекте и реже — мании, Блейлер Е., 1906).

Темп возникновения бреда может быть внезапным, критическим, смешанным и постепенным. Внезапное возникновение бреда наблюдается в двух вариантах:

а) по типу озарения («инсайта») — тогда, когда в сознании больного неожиданно появляется сформировавшаяся бредовая концепция с одновременной непререкаемой убежденностью в

истинности бредового умозаключения, что типично для первичного интеллектуального бреда;

б) одновременно с помрачением сознания или на фоне ранее возникшего помрачения сознания. Постепенному возникновению бреда, наблюдаемому при чувственном бреде, обычно предшествуют аффективные нарушения (тревога, страх), неосознанная бредоподобная настороженность, «паранойяльная готовность», искаженные восприятия и галлюцинации.

В ряде случаев при смешанном типе бредообразования вначале неожиданно критически возникают настороженность, подозрительность, опасение, ретроспективная переоценка пережитого, и лишь в дальнейшем постепенно появляется «бредовая догадка», бредовое предположение и бредовое убеждение.

Тип развития (течения) бреда может быть острым, подострым, ундулирующим, хроническим [Суханов С. А., 1914; Осипов В. П., 1923]. Значительно ранее приводились описания острого, перемежающегося и хронического бреда [Маньян В., 1863], периодического, в том числе прогредиентно протекающего и стационарного, а также «постоянного бреда» [Маньян В., 1882, Иванов В., 1981], острой и хронической паранойи [Вестфаль К., 1876], статической и процессуальной паранойи [Крепелин Э., 1898, 1910]. Г. И. Зальцман (1975) основывает разделение бреда на острый и хронический не на оценке характера течения, а на оценке темпа развития и остроты бредовых проявлений. Он разделяет развитие острых бредовых синдромов на три типа: транзиторные бредовые эпизоды: бред, возникающий на фоне аффективной реакции; усложнившийся бред онейроидной структуры. О. П. Вертоградова (1975, 1976) признаками острого бреда считает аффективные колебания, полиморфизм, склонность к ирритации, изменчивость фабулы, некоторое отсутствие внутренней активности бредового творчества, бредовой эгоцентризм, колебания степени контактности с окружающими А. Б. Смулевич (1976) разделяет острый бред не на типы, а на периоды развития: инкубации, манифестации и систематизации, терминальный. Наиболее распространенной является *систематика бреда* по фабуле или форме течения. Однако такую систематику следует признать формально феноменологической, в большинстве случаев не дающей представления о сущности структуры бредового синдрома в каждом отдельном случае.

Достаточно полное представление о формально феноменологической систематике бреда, предлагавшейся в течение XX в., создают приводимые ниже выборочные сведения.

Так, различные отечественные психиатры перечисляют следующие виды бреда, бредовые идеи: довольства, величия, богатства, самоуничижения, отчаяния, разорения, самообвинения, преследования, ипохондрические, мистические, религиозные, демономанические, собственной метаморфозы, эротические [Корсаков С. С., 1913]; самоуничижения, отрицания, преследования, величия или горделивый, религиозный, эротический бред, сутяжничества,

влияния и одержимости [Оршанский И. Г., 1910]; сочетанный с живыми приятными чувствованиями — величия, богатства и сочетанный с неприятными чувствованиями — ипохондрические, преследования, самообвинения [Чиж В. Ф., 1911]; бред преследования, отношения, воздействия, ипохондрический, величия и др. [Гуревич М. О., 1949]; изобретения, реформаторства, ревности, сутяжничества — кверулянтства, преследования, высокого происхождения, ипохондрические, эротические — любовные, чувственные — образные, фантастические, антагонистические, экспансивные, инсценировки, метаболические, символические — значения, метаморфозы, одержимости, аффективные, самообвинения, осуждения, гибели, нигилистические, громадности, величия, самоуничижения, резидуальные, индуцированные — наведенные [Снежневский А. В., 1983]; преследования — отравления, нанесения физического или морального вреда, уничтожения, материального ущерба, слежки, величия, богатства, реформаторства, мессианства, высокого происхождения, эротические, экспансивные и др. [Морозов Г. В., 1988].

Процесс развития бреда можно наблюдать в двух вариантах: первый относится к бреду, внезапно возникшему по типу «озарения». Такой бред с момента его появления имеет определенное содержание, структуру, направленность, т. е. сразу же оказывается сформировавшимся. Однако его детали при дальнейшем развитии заболевания уточняются, «достраиваются», приобретают паралогичные связи. При втором варианте бред развивается постепенно, проходит все стадии и лишь затем приобретает четкую фабулу и структуру.

Систематизация бреда может рассматриваться в качестве заключительной стадии его кристаллизации. От «систематизированного бреда» принципиально отличаются отрывочные, нестойкие бредовые идеи, сопровождающиеся аффектом страха и содержащие «витальную угрозу». Такие бредовые идеи не ведут к «логическим обоснованиям» со стороны больного и не требуют значительной бредовой работы. Они возникают так же, как возникают ложные восприятия. Это не «патология творческого акта», а скорее «патология представления и понятия», близкая к «патологии суждения» (куча разбитого стекла кажется россыпью бриллиантов).

Если систематизированный бред отвечает на вопрос: «Как происходит, каков механизм происходящего?», то отрывочный бред отвечает на элементарный вопрос, близкий к познавательной реакции: «Что такое?». «Отрывочный бред» всегда возникает при более грубом изменении сознания или его помрачении. По механизму своему он напоминает угрожающую ситуацию, складывающуюся в сновидениях: «кто-то гонится, собирается напасть», «хочется закричать, но нет голоса, хочется бежать, но движения скованы».

Промежуточное положение занимает так называемый бред «малого размаха», или «кухонный бред». Он не требует творческой работы, почти не сопровождается логическими доказательствами больного, но оказывается достаточно стойким и не характеризуется отрывочностью. В его основе не выраженное нарушение мышления при непомраченном сознании, не изме-

нение или помрачение сознания, а обычно интеллектуальная несостоятельность, нередко сопровождающаяся примитивным психогенным аффектом. Эти бредовые идеи отвечают на вопрос: «Для чего, с какой целью?».

Особое место занимают бредовые идеи, возникшие на базе галлюцинаций,— галлюцинаторный бред. Он может проявляться в трех вариантах:

а) бредовые идеи, возникающие одновременно или после галлюцинации, сопровождающиеся витальным страхом и развивающиеся при нарушении, помрачении сознания. Механизм формирования этих бредовых идей близок к механизму отрывочного бреда, с той лишь разницей, что их сюжет соответствует содержанию галлюцинаций;

б) бредовые идеи, возникшие одновременно или после появления галлюцинаций, истинных при непомраченном сознании. Развитие этих бредовых идей ближе по механизму к «бреду малого размаха», но отличается тем, что основывается на вере в истинность видимого или слышанного и отвечает на вопрос: «Для чего так говорится или видится?»;

в) бредовые идеи, возникшие в процессе бредовой разработки, ксенопатической проекции галлюцинаций. В этом случае сначала появляется чувство постороннего влияния, воздействия, а затем — трактовка этого чувства. Такая «трактовка» представляет собой «бредовую разработку», идентичную с пара- или метатворческим процессом при систематизированном бреде.

Рассмотрение проблемы бреда в философско-психологическом плане, по нашему мнению, позволяет уточнить принципиальные различия между разнообразными его феноменами. Например, систематизированный бред, требующий более или менее длительной «бредовой работы» и сопровождающийся попыткой больного «логически» доказать правильность своего убеждения, можно было бы отнести к творческому акту. Однако творческий процесс начинается с постановки творческой задачи, в данном случае отсутствующей, поэтому систематизированный бред правильнее расценивать не как творческий акт, а как «паратворческий» или «метатворческий».

Под *стадиями бреда* принято понимать периоды прогредиентного развития хронического шизофренического бреда, имеющие четкие или расплывчатые границы.

Начиная с 50-х годов текущего столетия в отечественной психиатрии получила всеобщее признание концепция о разделении хронического бреда на периоды (стадии) развития — паранойяльный, параноидный, парафренный и конечный. Изучению динамики подобного развития шизофренического бреда посвящено необозримое количество статей, монографий, диссертаций. При этом в соответствующих публикациях нередко можно встретить ссылку на «исследования школы Снежнев-

ского», якобы предложившей и разработавшей клинику последовательного развития шизофренического бреда по перечисленным выше периодам. А. В. Снежневский (1943, 1958, 1983) действительно неоднократно пишет о «патологической общности бредовых синдромов», на которую указывает «порядок их сменяемости»— от паранойяльного к параноидному (галлюцинаторно-параноидному) и от параноидного к парафренному.

Аналогичный порядок «сменяемости» синдромов развивающегося бреда также отмечали Е. А. Шевалев (1927), Г. Е. Сухарева (1937), М. Я. Серейский (1938), А. А. Перельман (1944), Р. А. Наджаров (1972, 1988) и др.

В. Х. Кандинский (1885, 1889) в течении паранойи, клинически близкой к современной параноидной шизофрении, различал периоды интеллектуального и сенсорного бреда с преобладанием в первом развивающихся бредовых идей и во втором галлюцинаторных переживаний, в частности кинестетических, общего чувства, псевдогаллюцинаций. В немецкой психиатрии разделение шизофренического бреда на три и четыре этапа принято со времени публикации основных работ Е. Блейлера и его учеников (с 1911 до 1924 — 1926 г.). Этот факт еще в 1937 г. подчеркивал Р. Е. Люстерник. Г. Губер и Г. Гросс (1977) пишут о развитии бреда с нарастанием степени уверенности и содержательности, сложности бредовых идей: от чувственной подготовки «поля бреда» с колебаниями убежденности в возникшей (бредовой) концепции до стадии неразрывного (первичного) бредового осознания реальности убеждений и конечного бреда. Однако и немецкие ученые не были первыми, описавшими последовательность течения хронического бредового психоза.

М. П. Подобед напоминает, что на постепенно усложняющиеся этапы хронически протекающего бреда указывали еще В. Маньян и Ж. Фальре. Действительно, в 1897 г. В. Маньян называет следующие «фазы хронического бреда»: «беспокойства»— нерешительность, подозрительность, бредовые интерпретации, иллюзии, тревоги; «связь с галлюцинациями» в нарастающей прогрессии — монолог, диалог, эхо мыслей, психомоторные галлюцинации; «затушевание бреда преследования» и развития бреда величия; «деменция» с распадом бреда. К концу первой фазы он относит бредовые интерпретации, ко второй — бред преследования с галлюцинациями слуховыми и общего чувства, к третьей — бред величия, а затем, несмотря на возможные временные «передышки», «остановки», «ремиссии», «психоз идет к своему неотвратимому исходу». Таким образом, нетрудно заметить, что первой фазе Маньяна соответствует паранойяльный период, второй — параноидный, третьей — парафренный и затем — исходный.

С. А. Суханов (1914), соглашаясь с В. Маньяном, различает четыре фазы хронического систематизированного бреда:

в 1-й появляются тревога, плохой сон, измененное физическое самочувствие с подозрением, что оно вызвано посторонними влияниями, затем возникает «бред наблюдения»— бредовое толкование происходящего вокруг, «слуховые иллюзии и галлюцинации» с попыткой объяснить их происхождение посторонним влиянием; во 2-й кристаллизуется бред преследования, развивается бред физического воздействия, бредовые идеи систематизируются, усиливаются слуховые иллюзии и галлюцинации, встречаются «мысленные диалоги», психические галлюцинации Байарже и псевдогаллюцинации Кандинского, отчуждение интересов, «падение критики»; в 3-й появляются идеи величия, с нарастанием «умственной слабости»; в 4-й фазе развивается слабоумие.

Я. М. Коган (1941) также называет четыре стадии систематической эволюции хронического бреда «по Маньяну»:

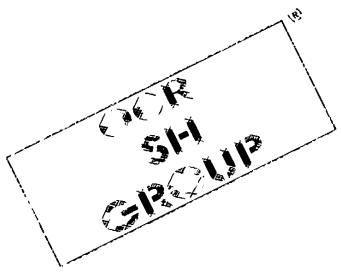
а) инкубационную — характеризующуюся смутным зарождением бредовых концепций, недоверчивостью и подозрительностью;

б) бредовую — включающую мнимовосприятия (иллюзии и галлюцинации), идеи преследования, более чем в 1-й фазе, оформленные и систематизированные;

в) трансформации бреда преследования в бред величия, все больше и больше выступающего на первый план;

г) конечную, в которой наблюдается деградация интеллекта, побледнение и иногда распад бредовых идей.

К вопросу о периодах или стадиях хронического бреда неизбежно придется вернуться в последующих разделах монографии.



Глава 4

Клиника бредовых идей, бредовых синдромов

Наиболее сложным в методологическом отношении следует признать описание клиники и классификацию бредовых переживаний. Это обусловлено тремя обстоятельствами: разнообразием клинических проявлений бреда; множеством трудно поддающихся систематизации сочетаний симптомов бредового синдрома; невозможностью четкого разграничения понятий «стадии» бреда, «этапы» развития бредового синдрома, «формы» бреда, «варианты» бреда, нередко включающие феноменологически однозначные психопатологические картины.

Клиника бредовых синдромов нарушенного сознания

Под «клиникой» бреда обычно понимают феноменологический психопатологический анализ тех или иных бредовых идей, структуры бредового синдрома в статике и динамике. Психиатры очень давно обратили внимание на связь бреда с нарушением сознания.

Еще А. Маттей (1829) писал о «лихорадочном бреде» с «ложными идеями», вызванными высокой температурой тела, сопровождающейся расстройством рассудка. С. А. Суханов (1914) отмечает связь между «лихорадочным бредом» и фебрилитетом с интоксикацией, обусловливающим дезориентировку и расстройство сознания. С этими данными перекликается наблюдение Е. Н. Каменевой (1956, 1966) о том, что бред воздействия, возникший при непомраченном сознании, обостряется при его нарушениях, соответствующих фазовым состояниям.

Бредовые идеи, возникновение которых обусловлено существенным нарушением сознания, могут быть патогенетически связаны с гипнагогическими или гипнопомпическими состояниями, истерическими или эпилептическими механизмами, аментивным, онирическим, делириозным или онейроидным помрачением сознания.

Внутригрупповое расположение перечисленных феноменов условно. Оно зависит от соотношения при их возникновении степени, характера, особенностей нарушения сознания и наличия расстройства мышления до и после галлюцинирования.

Гипнагогические, гипнопомпические галлюцинаторно-бредовые эпизоды. Нередко отмечается прямая патогенетическая и временна́я зависимость галлюцинаторных и бредовых переживаний от периодов засыпания и пробуждения. В одних случаях эти переживания можно трактовать как феномены, по механизму возникновения ничем не отличающиеся от сновидений, в других они близки к переживаниям, наблюдающимся при помраченном сознании, иногда исчезают, а порой усиливаются при засыпании, в отдельных случаях переходят в сновидения; подобные переживания встречаются и у психически здоровых людей.

Собственно *гипнагогические* [Моро де Тур Р., 1845] переживания, всегда возникая в дремотном состоянии, характеризуются неожиданностью для больного и некоторой феноменологической близостью к сновидениям, чаще встречаются при самостоятельных органических заболеваниях мозга или при наличии экзогенно-органического процесса, отягощающего шизофрению. В этих случаях бредовые идеи, как правило, отрывочны, фрагментарны, нередко по содержанию связаны с гипнагогическими или гипнопомпическими галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, но в отличие от последних нередко «продолжают» сюжетную линию бреда, предшествовавшего периоду засыпания, и не всегда прекращаются при полном пробуждении.

Бытовой гипнагогический бред [Гейманович А. И., 1927], встречающийся при экзогенных психозах, характеризуется полной обособленностью от реальной обстановки, происходящего в данный момент вокруг и отсутствием каких-либо действий больного; возникает он в полусне, чаще в периоде засыпания, но иногда также в периоде пробуждения. Он заключается в «диалоге», обычно на бытовые темы, которые больной ведет с родственниками или соседями. При этом иногда больной говорит вслух, жестикулирует, аффектируется. При пробуждении критика восстанавливается через короткий промежуток времени.

Гипнопомпические бредовые и галлюцинаторные переживания иногда сливаются с предшествовавшими сновидениями и, как правило, короче гипнагогических. Однако в более тяжелых случаях гипнопомпические переживания пролонгируются, и тогда можно говорить о *просоночном бреде.* В подобных случаях гипнопомпические расстройства правомерно рассматривать в качестве «пускового механизма» просоночного бреда. Можно согласиться с З. И. Зыковой (1954), отметившей, что просоночный бред возникает на фоне «расстройств функции сна», сопровождается растерянностью, тревогой, страхом и содержит идеи преследования, колдовства, обвинения. В легких случаях этот бред возникает только ночью, в тяжелых — сохраняется в течение всего дня и сочетается с иллюзорно-бредовыми переживаниями. Мы добавим, что при таком развитии просоночный бред как бы «отрывается» от своих гипнопомпических истоков,

приобретает самостоятельное значение, составляя элемент общего болезненного процесса. Наблюдаемые у детей [Мамцева В. Н., 1991] приступы ночных страхов по механизму возникновения близки к гипнагогическому и гипнопомпическому бреду у взрослых.

Галлюцинаторно-бредовой синдром при аментивных состояниях. Аменция [Мейнерт Т., 1878], или состояние острой спутанности, может быть фоном, на котором иногда появляются признаки отрывочного бреда, чаще бреда преследования. К таким признакам относятся выражение страха на лице, стремление убежать, спрятаться, выкрики отдельных слов («караул», «спасите», «убивают») или их отдельных слогов. Одновременно по поведению больного можно предположить наличие отрывочных галлюцинаций (чаще зрительных, но иногда и слуховых). При этом бредовые, галлюцинаторные и, по-видимому, иллюзорные феномены полностью отражают общее психическое состояние больного, характеризующееся нередко двигательным беспокойством, тревожной тоскливостью, исключительной отвлекаемостью, растерянностью, нарушением осмысления происходящего вокруг и ориентировки, бессвязностью представлений и спонтанной речевой продукции. Такие больные к чему-то присматриваются, прислушиваются. Их движения, мимика, характер аффекта быстро меняются, т. е. отличаются отрывочностью, бессвязностью, соответствующими отрывочности и бессвязности всех переживаний. Установить патогенетическую и временну́ю взаимозависимость аффекта, бреда, галлюцинаций невозможно. В отдельных случаях создается впечатление, что появлению бреда и галлюцинаций предшествует страх, в других объективные признаки отрывочных галлюцинаторных переживаний представляются ведущими, в третьих все клинические проявления психоза возникают одновременно. При выходе из психотического состояния больной ничего не может рассказать о своих переживаниях.

Некоторые авторы полагают, что «острая спутанность» ограничивается мимолетными аффективными вспышками и отрывочными галлюцинациями без бредовой окраски. Подобное суждение достаточно обоснованно, поскольку при аментивном расстройстве сознания элементов его минимальной связности недостаточно для мимолетного и даже отрывочного бредового творчества. Однако все зависит от степени аментивного расстройства сознания.

Фебрильный бред. При выраженной температурной реакции, вызванной инфекционным заболеванием, может возникнуть своеобразный галлюцинаторно-бредовой синдром (фебрильный бред), характеризующийся помрачением сознания и занимающий промежуточное положение в одних случаях между аментивным и сумеречным, а в других — между сумеречным и онирическим состояниями. Нередкое появление первых признаков фебрильного бреда в начале инфекционного заболевания

дало основание Э. Крепелину (1881) назвать его «начальный (инициальный) бред».

В наиболее тяжелых случаях при фебрильном бреде отсутствуют какие-либо признаки мыслительного процесса, отмечаются лишь бессвязное бормотание, нецелесообразные, беспорядочные движения, «перебирание пальцами рук». Такие состояния С. Л. Суханов (1914) назвал «мусситирующий бред» («мусситирующий делирий»). По мнению М. П. Кутанина (1929), бредовое состояние фебрильного генеза по психопатологической структуре близко к сновидениям и может быть обозначено как «фебрильный делирий».

Следовательно, в наиболее тяжелых случаях правильно говорить об аментивном фебрильном бреде, а в более легких — о фебрильном онирическом бреде. Эту форму бреда сближает с онирическим синдромом то, что при нем помрачение сознания имеет «сновидный» характер, а отличает — почти полное отсутствие галлюцинаций. При всех формах фебрильного бреда о галлюцинациях можно судить в основном по сопровождающим их объективным признакам, а о бреде — по последующим рассказам больных. Это связано с тем, что глубина помрачения сознания всегда больше при галлюцинаторных и меньше при бредовых переживаниях.

Если при аментивных состояниях галлюцинаторно-бредовые переживания обрываются одновременно с прояснением сознания, то при фебрильном бреде и реже бреде сумеречного состояния прояснение сознания не всегда обрывает бредовые переживания, которые могут сохраняться в виде отрывочного или резидуального бреда.

Своеобразное бредоподобное состояние соматофебрильного генеза К. А. Скворцов (1950), со ссылкой на П. Я. Розенбаха (1880) и С. С. Корсакова (1894), называет «тихий делирий».

В соответствии с приводимым К. А. Скворцовым описанием «тихий делирий» возникает при соматических заболеваниях, протекающих с фебрилитетом. Он находится на грани между сном и бодрствованием, включая частичное нарушение сознания; невозможность для больного разграничить детали реальной обстановки со сновидениями, иллюзиями и отрывочными галлюцинациями; физическую и психическую истощаемость; нарушение стилистического построения фраз, связанное с «количественным расстройством» мышления. Автор подчеркивает, что при «тихом делирии» мысли проецируются во внешний мир, перемежаясь с происходящим вокруг, внешние восприятия включаются в представления и нарушаются временные соотношения, что отличает «тихий делирий» от ментизма. При этом больной трудно и путанно оценивает изменения собственного тела и личности.

У детей младшего, предпубертатного и пубертатного возраста фебрилитет при инфекционных заболеваниях нередко сопровождается отрывочными бредовыми переживаниями, имеющими образный характер, обычно «сливающимися» с иллюзорными восприятиями. Подобные переживания у детей от 8 до 14 лет почти всегда сочетаются со значительным повышением температуры тела.

Вероятность возникновения фебрильного бреда не всегда зависит от высоты фебрилитета и степени расстройства сознания. Почему при повышении температуры тела в одних случаях возникает бред, а в других — нет, понять настолько же сложно, насколько трудно раскрыть механизм бредообразования. Все изложенное выше относится и к возникновению бреда при сумеречных состояниях.

Бред и галлюцинации при сумеречных состояниях. Галлюцинаторно-бредовые переживания при «сумерках» отличаются непоследовательностью и повышенной чувственной реакцией [Бинсвангер О., 1908]. В этих случаях расстройство сознания является определяющим моментом при построении бредовых и галлюцинаторных феноменов. В момент переживаний больше информации о них можно получить по объективным признакам, чем по субъективной оценке больного. В дальнейшем на все перенесенные переживания распространяется частичная и нередко полная амнезия. «Галлюцинаторно-бредовые сумерки» могут быть истерической или эпилептической природы и обычно проявляются в сравнительно непродолжительных эпизодах.

«Истерические сумерки» чаще наблюдаются вечером или ночью и возникают (в отличие от гипнагогических и гипнопомпических переживаний) вне непосредственной связи со сном. Бред при них, как правило, сопровождается иллюзиями, галлюцинациями или следует за ними и прекращается одновременно с прояснением сознания. Содержание бреда обычно, но не обязательно соответствует психогенно-травмирующему фактору.

Галлюцинаторные и бредовые эпизоды, возникающие при сумеречных состояниях эпилептической природы, отличаются более глубоким расстройством сознания, чем истерические. Глубина такого расстройства варьирует в значительных пределах, начиная от полностью амнезируемых переживаний, о которых можно судить только по поведению больного, и кончая галлюцинациями и бредом, о которых больной сохраняет почти полное воспоминание. «Эпилептические сумерки» обычно короче истерических, нередко они бывают мгновенными. Однако наблюдаются также весьма длительные сумеречные состояния эпилептического генеза, сопровождающиеся полной утратой сознания, при которых по поведению больного можно лишь догадываться о наличии персекуторных переживаний. Чаще же такие состояния эквивалентны судорожному, эпилептическому припадку, не сопровождаются какой-либо мыслительной деятельностью и полностью амнезируются. В случаях менее глубокого нарушения сознания галлюцинаторные образы эпилептических, так же как и истерических, сумеречных состояний преимущественно зрительные, иногда тактильные, имеют внешнюю проекцию, могут ассимилироваться объективным окружением или быть независимыми от него, иметь реалистичное или выдуманное содержание, нередко сопровождаются аффектом страха,

ужаса, бредовой композицией. Они, как правило, менее навязчивы, но повторяются с более точным (по типу клише) внешним оформлением. При эпилептических пароксизмах значительно реже, чем при истерических, встречаются иллюзии, а галлюцинаторно-бредовой сюжет чаще бывает теологического или демономанического содержания.

От галлюцинаторно-бредовых эпизодов сумеречных состояний легко отличить бредовые и галлюцинаторные приступы, возникающие у больных шизофренией. Эти приступы всегда более продолжительны, не имеют критического начала и окончания. Бредовой сюжет при них отличается большей связностью, последовательностью, содержательностью. Они чаще содержат слуховые и зрительные или только слуховые галлюцинации. Эти галлюцинаторные феномены менее реалистичны и характеризуются меньшей критичностью или некритичностью больного (после галлюцинирования). Кроме того, при сумеречных состояниях обычно невозможно или крайне затруднительно вступить с больным в диалог, а спутанность, бессвязность речи нельзя принять за шизофреническую разорванность.

Галлюцинаторно-бредовые состояния при сновидном и сноподобном помрачении сознания. Психопатологическая квалификация галлюцинаторно-бредовых переживаний, возникающих при синдромах помраченного сознания (онирическом, делириозном, онейроидном), требует особого уточнения. Такое уточнение затруднено, в связи с тем, что современные представления о клиническом содержании и дифференциации различных состояний расстроенного сознания лишены ясности, четкости.

Многочисленные авторы по-разному подходят к психопатологической квалификации тех или иных синдромов и используют различные терминологические обозначения, что усложняет проблему [Корсаков С. С., 1913; Молохов А. Н., 1936; Кронфельд А. С., 1940; Фаворина В. Н., 1956; Детенгоф Ф. Ф., 1960; Гофман А. Г., 1968; Ануфриев А. К., 1969; Стрельчук И. В., 1970; Недува А. А., 1973; Режи Е., 1901; Бонгеффер К., 1917; Майер-Гросс В., 1924; Леонгард К., 1972; Стоянов С. Т., 1981, и др.]. Приведенный далеко не полный перечень авторов в известной степени свидетельствует о значимости, сложности и запутанности проблемы.

Прежде всего не все согласны с объединением в одну группу онирического, делириозного и онейроидного симптомокомплексов. Нет также единого мнения по поводу оценки одних синдромов как экзогенных, а других — как эндогенных.

Первоначальные определения сущности наиболее сходных по написанию в любой транскрипции терминов «ониризм» и «онейроид» в течение последних 75 лет претерпели многочисленные изменения. То же самое можно сказать и по поводу отнесения первого к экзогенным, а второго к эндогенным типам реакции.

В психиатрической литературе встречается немало противоречивых описаний различных вариантов проявления и развития перечисленных синдромов в изолированном (онирический, делириозный, онейроидный) или смешанном (делириозно-онейроидный, делириозно-онирический) виде при одном и том же или разных психических заболеваниях.

Мы не ставим перед собой задачу всесторонне осветить эту проблему и не хотим также вступать в полемику с другими авторами по поводу ее отдельных аспектов. Наша цель — попытаться уточнить критерии психопатологической дифференциации главным образом бреда, входящего в структуру названных синдромов. Известную помощь при проведении указанной дифференциации может оказать определение критериев клинической оценки некоторых симптомов — иллюзий, галлюцинаций, бреда, характеризующих онирический, делириозный, онейроидный синдром.

В качестве исходных условий принимается, во-первых, то, что все рассматриваемые синдромы объединяются особым характером помрачения сознания, имеющим сходство с состояниями нормального и расстроенного физиологического сна; во-вторых, то, что в структуру каждого из этих синдромов могут входить разные или одноименные, однотипные признаки, отличающиеся интенсивностью, особенностями динамики, характером связи с другими проявлениями болезни.

Оценка различных степеней и особенностей помрачения сознания (с учетом характера нарушения мышления при выходе из этого состояния) позволила нам разделить синдромы помраченного сознания на «сновидные» и «сноподобные». К «сновидным» мы относим онирический симптомокомплекс, характеризующийся меньшей глубиной помрачения сознания и нарушения мышления, а к сноподобным — делириозный и онейроидный. Эти синдромы всегда имеют галлюцинаторно-бредовую структуру, и на их клинической характеристике мы остановимся очень коротко.

Онирический галлюцинаторно-бредовой синдром, или «бред сновидений» [Режи Е., 1901], характеризуется тем, что начинается с появления общей вялости, сонливости, затем возникает помрачение сознания (сновидное), менее глубокое, чем при делирии и особенно онейроиде, а после пробуждения обычно отмечается нарушение дифференцировки между сновидениями и реально происходящим вокруг. В период онирических переживаний ориентировка нарушена, а на разных этапах пробуждения она частично или полностью восстанавливается (сначала в окружающей обстановке и месте, а затем во времени). При этом синдроме течение мыслительных процессов и характер бредовых переживаний обусловлены степенью онирического помрачения сознания без явлений психического автоматизма в виде ведущего самостоятельного феномена, без инкогеренции, распада мышления. При выходе из психотического состояния

мышление грубо не нарушено. Интеллект больного вне помрачения сознания не изменен или снижен по органическому типу. После прекращения сновидных переживаний и пробуждения критика восстанавливается или имеются критические сомнения, иногда критика частично нарушена.

Связь онирических бреда и галлюцинаций с фазой сна, сновидениями, пробуждением сближает их с переживаниями просоночного состояния, отличаются они лишь несколько большей длительностью. Сновидные переживания вызывают у больного положительные эмоции, а при прояснении сознания остается благодушие, иногда некоторая приподнятость настроения. Галлюцинаторные образы воспринимаются больным субъективно, в единстве с его личностью, которая «вписывается» в галлюцинаторную сценическую композицию, близкую к галлюцинаторно-параноидным переживаниям. Оставаясь неподвижным или жестикулируя, больной чувствует себя участником сновидных «действий». При этом, так же как в сновидениях, он участвует в онирическом сюжете в качестве первого лица, реже видит себя со стороны.

В. Х. Кандинский (1890), описавший сновидный бред до Е. Режи, отметил, что для онирических переживаний характерны сценоподобность, фантастичность с участием больного в фантастических «видениях». О сценоподобных сновидениях у больных с нарушением сознания разной степени выраженности писал также А. Клод (1930).

В классическом варианте возникновению онирического синдрома предшествуют эмоциональная лабильность, ослабление внимания, нарушение и искажение зрительных, слуховых, реже тактильных, обонятельных, вкусовых восприятий. Расстройство представлений, следующее за нарушением восприятий или развивающееся одновременно с ним, сочетается с отдельными признаками расстройства сознания в виде частичной или полной дезориентировки в месте, времени, окружающей обстановке. Нередко возникает эйфория или аффект страха. Эта симптоматика обычно появляется к вечеру, в темноте, усиливается при утомлении, соматическом неблагополучии, предшествующей бессоннице. Полного развития онирический синдром достигает при засыпании, когда сновидения приобретают бредоподобный характер. Отсюда и термин «бред сновидений». Концентрация внимания больного, активное или пассивное его отвлечение ослабляют сновидные переживания.

Галлюцинаторные образы при ониризме, подобно видениям во сне, могут быть навязчивыми. Они локализуются в субъективном галлюцинаторном пространстве (с экстрапроекцией в это пространство), чаще при закрытых глазах, реже с параллельной фиксацией реальных предметов и иллюзиями, но без установления их взаимоотношений с галлюцинацией. При этом галлюцинаторное пространство может с большей или меньшей полнотой заменять воспринимаемое пространство.

Сновидные галлюцинации, почти всегда зрительные, возникают одновременно с бредом при взаимной сюжетной связи. В отдельных случаях синдром включает слуховые обманы: изредка это — вербальные, чаще — недифференцированные слуховые галлюцинации (гул, шум ветра, морского прибоя), иногда сочетание тех и других.

Галлюцинациям и бреду при онирическом синдроме, как было отмечено, всегда предшествует сновидное помрачение сознания, иногда с иллюзорным восприятием элементов объективного окружения. Иногда наблюдаются парейдолические иллюзии. При этом бред сопутствует и сюжетно больше связан со сновидными переживаниями, чем с иллюзиями, изредка возникающими в периоды частичного прояснения сознания. Иными словами, интенсивность бреда прямо пропорциональна степени помрачения сознания (до определенного предела, при котором затрудняется патологическое творчество).

Онирические бред, галлюцинации динамичны, лабильны, сюжет их изменчив. При открывании глаз иногда отмечаются иллюзии ложного узнавания. Часто встречающиеся при ониризме бредоподобные «чувствования» и галлюцинаторные переживания полета, витания в воздухе, а также «желание летать, броситься с высоты, повиснуть в воздухе, ощутить форму своего тела» К. А. Скворцов (1931) объясняет обычными, по его мнению, для онирических состояний вестибулярными расстройствами.

Галлюцинаторно-бредовые переживания онирического состояния по характеру их телесности мало отличаются от видений во сне. При эпилепсии своеобразные приступы помрачения сознания, соответствующие признакам ониризма, иногда включают «бред двойного существования», более характерный для онейроида.

Делириозный галлюцинаторно-бредовой синдром характеризуется большей, чем при ониризме, глубиной помрачения сознания. Стадии делириозного синдрома первым описал К. Либермейстер (1866); «белая горячка» пьяниц, по сведениям В. М. Блейхера (1984), впервые описана Т. Сеттоном (1813); по данным М. Гросса и соавт. алкогольный делирий впервые описан английскими врачами Летсомом (1787) и Пирсоном (1801), указавшими на прямую связь возникновения делирия с прекращением алкоголизации.

Природа делириозного синдрома (интоксикации, инфекции) в несколько большей степени влияет на динамику его возникновения и развития, чем на клинику психотических переживаний (включая характер, степень эмоциональной реакции, сюжет галлюцинаций и бреда).

В качестве модели делириозного симптомокомплекса целесообразно принять алкогольный делирий. Для него характерны дрожание (тремор) рук и всего тела, которое возникает до и сохраняется вне расстройства сознания, а также выраженные

вегетативные нарушения. Сноподобные переживания перемежаются с состоянием относительного бодрствования, оглушенностью. Достаточно типичен симптом пробуждаемости. При некоторых формах делирия возможны полное нарушение ориентировки и потеря сознания. Глубина его расстройства нередко определяется тяжестью соматического и неврологического состояния. Развитие синдрома, степень помрачения сознания, повышающаяся вечером и ночью, и интенсивность галлюцинаций находятся в прямой зависимости от характера соматогении и экзогенных раздражителей. Ориентировка в пространстве, месте, времени часто ложная, во многом зависит от содержания бреда. Личность больного «аутоидентифицирована», т. е. ориентировка в собственной личности не нарушена — самосознание сохранено. При прояснении сознания сохраняются воспоминания о большинстве галлюцинаторно-бредовых переживаний, хотя некоторые из них, относящиеся к периоду наиболее тяжелого психосоматического состояния, амнезируются.

Основное направление мыслительного процесса частично изменено, но выраженной инкогеренции, распада мышления нет. После выхода из психотического состояния отмечаются замедление и малая продуктивность мышления, но оно всегда последовательное, связное. Возможны своеобразное алкогольное резонерство, алкогольный юмор. Вне делириозных переживаний нередко выявляется снижение интеллекта органического типа, иногда сосудистого характера, чаще алкогольная деградация.

Критика к делириозным переживаниям, отсутствующая на их высоте, частично восстанавливается при пробуждении и в периоды прояснения сознания (чаще днем, утром), с которыми перемежаются симптомы делирия.

При абортивном течении делирия и относительно неглубоком помрачении сознания возможны критические сомнения, даже во время галлюцинаторно-бредовых переживаний. Степень критичности больного к перенесенным переживаниям всегда возрастает по мере выздоровления и связанного с ним исчезновения делириозных симптомов. В тех случаях, когда после прояснения сознания пролонгируется синдром алкогольного галлюциноза, восстановление критики задерживается. Иногда больной остается некритичным и после прекращения галлюциноза, исчезновения актуальных бредовых переживаний.

В картине делириозного галлюцинаторно-бредового синдрома, в тесной патогенетической связи с бредом обычно превалируют зрительные галлюцинации. В меньшей степени представлены тактильные и слуховые, в частности вербальные, обманы. Однако зрительные галлюцинации, возникающие в период наибольшего помрачения сознания, могут частично или полностью амнезироваться, иногда их определяют только по объективным признакам. В подобных случаях больные после выхода из психотического состояния рассказывают о «голосах» и утверждают, что им ничего «не виделось». Галлюцинаторные образы при

делирии не просто разнообразные — зрительные, слуховые, тактильные, а сложно-сочетанные, комбинированные — видимая собака лает, страшные рожи хихикают, ружье стреляет и т. п. Галлюцинации, как правило, сопровождаются бурными эмоциями, нередко аффектом витального страха, ужаса. Иногда аффект появляется одновременно с галлюцинациями, иногда предшествует им, но обычно отмечается до появления бреда. Галлюцинации и аффект взаимосвязаны и взаимозависимы. Реже отношение больного к галлюцинациям созерцательное.

Наряду с галлюцинациями часто наблюдаются иллюзии, особенно зрительные. Характерным свойством этих иллюзий можно считать то, что они нередко выходят за пределы искаженного объективного образа, придают ему отсутствующую в действительности подвижность — перемещение в воспринимаемом пространстве («иллюзии движения»). В ряде случаев правомерно говорить об иллюзорно-бредовом синдроме.

Галлюцинаторные образы при делириозном помрачении сознания часто локализуются в воспринимаемом пространстве (в экстрапроекции), среди реально существующих предметов и ассимилируются объективным окружением («ориентированный делирий»). При иногда предшествующих делириозным галлюцинациям ярких, сценических, панорамических, нередко устрашающих сновидениях галлюцинаторные образы также локализуются в экстрапроекции, но не в объективном, а в галлюцинаторном пространстве.

Обычно делириозные галлюцинаторные образы возникают без чувства сделанности, могут быть реалистичными и нереалистичными (неестественными) по внешнему оформлению, например дисморфопсическими, микро- и макропсическими, нередко зоопсическими. Чем выше степень делириозного помрачения сознания, тем более неестественными, нелепыми, причудливыми, фантастическими бывают бредовые переживания и галлюцинаторные образы.

Вера в реальность существования галлюцинаторных образов и производимых ими действий достаточно типична для делирантов, хотя иногда при частичном прояснении сознания у них возникают сомнения в действительности происходящего. Отмечается субъективная отчужденность галлюцинаторных образов, т. е. они воспринимаются как существующие конкретно, самостоятельно и противопоставляемые личности больного. «Объективизация» галлюцинаций, так же как возникающий на их основе бред, в случаях значительного органического снижения интеллекта сохраняется некоторое время после выхода больного из делириозного состояния. Произвольное напряжение внимания больного к делириозным галлюцинациям усиливает их, а отвлечение внимания (переключение его на действительные реальные объекты) ослабляет. При делирии галлюцинации яркие, красочные, телесные, очень динамичные, часто множественные, сопровождающиеся бредообразованием, устрашающие

больного, угрожающие ему, образующие в отдельных случаях сложную сценическую композицию, которая может включать зрительные, тактильные, обонятельные, вкусовые, вербальные галлюцинации и бред преследования. Бред возникает одновременно с галлюцинациями или после них, всегда зависит от них сюжетно и так же, как они, лабилен. При этом изменяются лишь внешнее оформление и композиционное построение галлюцинаций, а тематика (преследование) остается стойкой. Можно подчеркнуть сценичность делириозных галлюцинаций [Ясперс К., 1929], не лишенных обычно и драматичности. Переживая происходящее в галлюцинаторной композиции, больной мимикой, жестами, речью нередко участвует в действиях галлюцинаторных образов. Он спорит с «голосами», убегает, прячется или догоняет мнимых преследователей, нападает на них.

Делириозный синдром развивается быстро или постепенно, с нарастанием симптоматики вечером или ночью. В начале психоза нередко появляются гипнагогические переживания. Изредка наблюдаются отрицательные аутоскопические галлюцинации: больной не видит в зеркале себя либо частей своего тела — рук или ног, отмечаются гиперакузия, обычно гипермимия, иногда возбуждение и жестикуляция, соответствующая профессиональной деятельности («профессиональный делирий»). Сценоподобный сюжет галлюцинаторно-бредовых переживаний в отдельных случаях имеет бытовой, конкретный характер. Исчезновение бредовой и галлюцинаторной симптоматики чаще литическое, волнообразное, реже — критическое (после сна).

Бред, возникающий на высоте делириозных переживаний, всегда актуален и сопровождается аффектом страха. В связи с этим, по-видимому, при возникновении делириозных переживаний у больных с бредовой формой шизофрении бред «отступает» на второй план и в клинической картине делириозного синдрома, как правило, «не звучит».

По структуре, содержанию, феноменологическому оформлению делириозный бред в большинстве случаев имеет персекуторный характер. Бред, галлюцинации и иллюзии при делириозном синдроме настолько характерны, что их, за редким исключением, удается квалифицировать не только в случае безусловного экзогенного психоза, но также при шизофрении, осложненной алкоголизмом. В частности, различие проявлений делириозного и шизофренического бреда преследования наиболее демонстративно в тех случаях, когда делириозный синдром развивается у больного шизофренией с систематизированным, персекуторным бредом.

При прояснении сознания и выходе из делириозного состояния прекращаются иллюзии и галлюцинации, а бредовые переживания делириозного периода могут частично или полностью сохраняться, приобретая характер «резидуального бреда» [Нейссер, 1893].

Онейроидный галлюцинаторно-бредовой синдром, или онейроид [Майер-Гросс В., 1924], характеризуется прежде всего своеобразным изменением сознания, при котором глубина сноподобного помрачения значительна, и сопровождается нарушением мышления, предшествовавшим синдрому и выявляющимся после его купирования. Воспоминания о пережитом сохраняются не всегда и обычно не полностью. Связь между развитием онейроидного синдрома, углублением помрачения сознания и интенсивностью галлюцинаций менее выраженная, чем при онейризме и делирии. Онейроидные галлюцинации также меньше зависят от времени суток и экзогенных раздражителей (включая соматогению). Однако наши наблюдения подтверждают тот факт, что онейроидный синдром, обычно развивающийся при шизофрении, часто включает экзогенные компоненты, и это сближает его с другими синдромами помраченного сознания. Кроме того, экзогенные раздражители (зрительные, слуховые, тактильные и др.) нередко вызывают последующие иллюзии и галлюцинации, трансформируются в них.

Иллюзорные галлюцинаторные и бредовые переживания при онейроиде характеризуются сенсорной яркостью, перемежаются друг с другом, входят в общую галлюцинаторно-бредовую композицию, часто фантастическую, гротескную. По мнению В. Х. Кандинского (1885), онейроидный синдром патогенетически и феноменологически близок к псевдогаллюцинациям, сопровождающимся бредом. В одних случаях онейроидный синдром включает все или почти все характерные признаки, развивается самостоятельно и относительно продолжителен, в других он проявляется в виде отдельных включений в картину психоза, характеризующихся разрозненными признаками. Это дало основание Т. Ф. Пападопулосу (1975) говорить об «истинном онейроидном» помрачении сознания в отличие от «фрагментарного».

Развернутый онейроидный синдром наиболее характерен для рекуррентной формы шизофрении, а онейроидные включения — для шубообразной. При этом онейроидные включения, как правило, более тесно связаны с сюжетом и развитием предшествовавших и последующих бредовых переживаний.

Течение онейроидного синдрома такое же или несколько более продолжительное, чем онирического. В начальной стадии наблюдаются дереализация, ощущение измененности вида и движения реальных объектов — всего объективного окружения, меняется место происходящих событий. В одних случаях галлюцинаторное действие развертывается не там, где находится больной, и это не вызывает у него удивления, в других больной ощущает перенос, перемещение в иное место. Нередко композиция онейроидного переживания повторяется в течение ряда приступов.

Обычно в развитии онейроидного синдрома нет периодов «пробуждения». Различные степени дезориентировки — это ста-

дии развития помрачения сознания, составляющего основу синдрома. Некоторые авторы [Барюк А., 1938; Пападопулос Т. Ф., 1975] выделяют изредка встречающийся «ориентированный онейроид» или говорят о «двойной ориентировке» в начале приступа. Однако дезориентировку во время приступа онейроидного помрачения сознания следует считать достаточно типичной.

Помимо ориентировки в месте, нарушается также ориентировка во времени и в собственной личности. Галлюцинаторный образ и личность больного смешиваются, взаимозаменяются в его сознании. Личность больного диссоциирована, нарушено самосознание. По сравнению с делирием онейроид более драматичен [Ясперс К., 1929].

В центре онейроидной галлюцинаторно-бредовой композиции обычно — личность больного. Он управляет событиями галлюцинаторного представления, влияет на них. Нередко это состояние сочетается с симптомом деперсонализации.

Наличие интимной связи галлюцинаций с расстройством мышления при онейроиде выражается в идеаторном и сенсорном автоматизмах, ментизме, псевдогаллюцинациях. Галлюцинации при онейроиде появляются одновременно с чувственным бредом помраченного сознания или отстают от него по времени. Чаще же онейроидный синдром — это совокупность помрачения сознания, расстройства мышления, бреда и галлюцинаций. Иногда удается выявить формирование бреда и галлюцинаций на базе синдромов психического автоматизма.

В. А. Гиляровский (1949) определяет онейроидный синдром как расстройство сознания с фантастическими сценоподобными галлюцинациями. И. С. Сумбаев (1932) считает, что галлюцинации при онейроидном синдроме развиваются из представлений, которые становятся сначала образными, приобретая часто фантастический характер, затем переходят в псевдогаллюцинации и, наконец, в сновидные галлюцинации и бред.

Попытки отвлечь внимание больного мало влияют на галлюцинаторные переживания: они всегда насильственны, иногда с оттенком сделанности. Несмотря на фантастичность галлюцинаторных образов, они воспринимаются больным с такой же или большей верой в реальность, чем обычные сновидения. Эти образы «видятся» в галлюцинаторном пространстве, могут иметь экстрапроекцию в субъективное пространство и интрапроекцию. Бред, с которым сочетаются галлюцинации при онейроиде, иногда соответствует бредовым переживаниям больного вне синдрома (бывшим до него).

Критика при онейроиде в момент галлюцинаторных переживаний полностью отсутствует и может восстанавливаться только после выхода из него или в период ремиссии. Эмоциональная реакция больного на галлюцинаторные и бредовые переживания неадекватна, диссоциирована и отличается меньшей живостью, яркостью, интенсивностью.

В отдельных случаях, при большей остроте галлюцинаторно-параноидных переживаний, может возникать возбуждение, адекватное сюжету бреда. Чаще возбуждение имеет все признаки кататонического и входит наряду с другой кататонической симптоматикой в структуру синдрома. Характер возбуждения больного обычно не соответствует динамике и действиям галлюцинаторных образов. Нередко отмечаются рельефные цветные галлюцинаторные переживания, сюжет которых заимствован из восприятия иллюзорно-измененной, искаженной действительности и воспоминаний. Содержание галлюцинаций, часто с элементами символики, выходит за рамки обыденного, имеет гиперболический, космический характер (гибель Вселенной, падение Земли на Солнце, всемирное наводнение).

Переживаемые при онейроиде чувства перемещения в пространстве могут сопровождаться ощущениями «полета», «физического раздвоения», «необыкновенной физической силы», «отрицательными» зрительными галлюцинациями.

Существование онирического, делириозного, онейроидного галлюцинаторно-бредовых симптомов в изолированном «чистом» виде можно принять лишь в качестве условной посылки. Практически в психиатрической клинике эти синдромы нередко встречаются в форме «смешанных», сочетанных галлюцинаторно-бредовых симптомокомплексов. Такое сочетание видоизменяется, атипизирует клиническую картину каждого синдрома и влияет на развитие всего заболевания.

Синдромы преимущественно чувственного бреда

Проблеме классификации многообразных бредовых переживаний, в частности дифференциации чувственного и интеллектуального бреда, уделено много внимания выше. Здесь мы не будем касаться дефиниций соответствующих понятий, повторим лишь, что феноменологические элементы чувственного бреда могут сочетаться с основным интеллектуальным бредом и, наоборот, элементы интеллектуального бреда нередко прослеживаются одновременно с основным чувственным бредом. В связи с этим при установлении «чувственного» или «интеллектуального» класса бреда принимают во внимание психопатологическую структуру и характер развития ведущего бредового синдрома, составляющего «стержень» заболевания, указывающего на его этиологию, патогенез, особенности течения и исход. Если примером «интеллектуального бреда» может быть «шизофренический бред», то наиболее характерным примером «чувственного бреда» служит «экзогенный бред непомраченного сознания».

Многочисленные синдромы чувственного бреда в одних случаях типичны, а в других специфичны для разнообразных бредовых состояний экзогенной природы. При этом так называемый симптоматический бред [Дереча В. А., 1982] по общему генезу и механизму бредообразования более всего связан с

«витально-аффективным» уровнем и системой сон — бодрствование. В его структуре превалируют расстройства познавательной сферы и сенсорные, чувственные элементы. Клинические проявления такого бреда весьма полиморфны, он характерен для разных симптоматических психозов. С понятием «симптоматический бред» в большей или меньшей степени перекликаются все варианты чувственного бреда.

Бредовой психогенный синдром. Генез психогенного бреда всегда связан с острым или хроническим воздействием психогенно-травмирующего фактора. Такой бред может проявляться в двух вариантах: при первом сюжет, содержание бредовых переживаний соответствуют сущности психогении (например, персекуторные бредовые идеи, возникшие после нападения); при втором тематика бреда связана с психогенно-травмирующим фактором, а конкретное содержание противоположно ему (например, бред оправдания у человека, осужденного на длительный срок).

П Б. Ганнушкин (1901, 1904) понимает механизм психогенного бредообразования как одну из форм реакции личности на психогению, при которой «личность» больного сознательно или бессознательно пытается компенсировать недостаточность, возникшую в результате психической травмы. При этом выявляются черты психики больного, которые до того находились в латентном состоянии (агрессивность, склонность к переоценке тех или иных идей, бредовым построениям, фантазии, навязчивое мышление). В связи с этим следует напомнить, что Е. Блейлер (1911) придавал большое значение участию во всяком бредообразовании психогенного фактора, который, по его мнению, особенно при хроническом воздействии, прежде всего влияет на мыслительный процесс, вызывая ошибки суждения, а затем ошибки умозаключения в виде бредовой идеи. С этим согласуется установка К. Бирнбаума (1908) на то, что всякое бредообразование в значительной степени зависит от многих экзогенных, в том числе психогенных, факторов.

В. А. Гиляровский (1954) рассматривает психогенный бред как своеобразную защитную реакцию больного от окружающей психогенно-травмирующей действительности. На влияние психогении на бредообразование при параноиде внешней обстановки наряду с соматогенией, переутомлением, бессонницей указывает С. Г. Жислин (1940).

При психогенном бреде нередко наблюдается нарушение сознания истерического генеза. В таких случаях клиническая картина бреда целиком зависит от степени помрачения сознания.

От бредовых синдромов психогенной природы существенно отличаются бредовые состояния, развившиеся на почве расстройства настроения (дистимии) различной полярности. Во всех случаях это «вторичный бред».

Голотимный аффективный бред [Блейлер Е., 1920] — форма аффективного бреда, развившегося на почве обычно затяжного патологически измененного настроения.

Тематика голотимного бреда отражает настроение больного — гипо- или гипертимическое. Однако сюжет такого бреда соответствует основному фону настроения, доминирующему аффекту лишь по его структуре, а не по конкретному содержанию, которое опосредуется другими переживаниями больного, участ-

вующими в бредообразовании. В качестве одного из вариантов аффективного голотимного бреда можно рассматривать кататимный бредовой синдром [Майер Г. В., 1912], развивающийся на фоне пониженного (гипотимного) настроения.

Кататимное бредообразование, по мнению Г. В. Майера, основывается на бредовой односторонней интерпретации происходящего вокруг, осуществляемой под влиянием комплекса негативного (пониженного) аффекта, причем состояние аффекта в данном случае полностью доминирует над объективностью и логикой. Е. Блейлер (1920) подчеркивает стойкость кататимных бредовых идей, что отличает их от «простой аффективной формы бреда». Примером кататимного бредообразования может быть, как полагает И. Н. Введенский (1934), процесс возникновения любовного бреда, в котором активное участие принимает гипотимический аффективный фактор. В. М. Морозов (1939) находит, что истоки появления бреда и его характер при корсаковском синдроме связаны не с амнестическим синдромом, а с личностью, в сознании которой формируется доминирующий аффективный комплекс, предопределяющий кататимный механизм бредообразования. Р. Я. Вовин (1959), отмечая, что создание и развитие учения о кататимном бреде основывается на теории З. Фрейда, выделяет два типа построения кататимного бреда — открытый (экстравертированный) и закрытый (интравертированный), в основе которых лежит настроение подозрительности, недоверия, недовольства, неудовлетворенности. К кататимным бредовым синдромам можно отнести «острые бредовые состояния», наблюдавшиеся Г. И. Зальцманом (1975) и характеризующиеся малосистематизированными, преимущественно образными, бредовыми переживаниями с выраженными расстройствами. Такой бред (моно- или политематический) по содержанию остается в рамках практически возможного или фантастическим.

Депрессивно-параноидные синдромы в значительной своей части также могут быть условно отнесены к группе кататимного бреда. В частности, это соображение касается «депрессивно-бредового помешательства» [Крепелин Э., 1910, 1912], «смешанных» форм психозов [Корсаков С. С., 1901], а также инволюционных «депрессивно-параноидных реакций», изучавшихся С. Г. Жислиным (1965), считавшим характерным для таких реакций обязательный ситуационный фактор, а предрасполагающим — соматогению.

Немецкие психиатры в последние годы высказывают сомнение в обособленном рассмотрении в качестве самостоятельного заболевания «бредовых депрессий». Они полагают, что «депрессии с бредом» — это «подтип монополярной эндогенной депрессии» [Фёндрих Э., Гауг Г., 1988]. Отнесение в последние годы понятия «депрессивно-параноидный» синдром только к случаям своеобразного сочетания персекуторного бреда с депрессией вряд ли оправданно, поскольку с депрессией могут сочетаться также ипохондрический бред, бред ревности, обнищания, физического дефекта и т. п. Достаточно характерным для депрессивно-параноидного синдрома можно считать полиморфность симптоматики, включающей в различных сочетаниях бредовые, депрессивные, ипохондрические, сенсорные компоненты. Депрессивная симптоматика всегда присутствует при бреде самообвинения, самоуничижения, греховности, ущерба и т. п.

Бред воображения [Дюпре Э., 1907]. Французские психиатры называют этот бред фабуляторным бредом, а немецкие — конфабуляторным бредом. Синонимами термина «бред воображения» также признаются: «грезоподобный бред», «острая клиническая парафрения», «бред представления», «фантастический парафренный бред величия», «бред вдохновения и счастья», «имажинативный бред», «мегаломаническое болезненное воображение», «бредовой вымысел», «бред фантастической псевдологии», «психогенные бредовые идеи», «фантастическая конфабуляция», «бредоподобное фантазирование».

Г. Н. Киндрас (1974) со ссылкой на Дюпре так формулирует понятие «бред воображения»: это не ошибка логического характера, не ошибка суждения или умозаключения, не следствие паралогического мышления или нарушения восприятия, а следствие вымысла, субъективного творчества, во многом зависящего от склонности личности к фантазированию, спонтанной ассоциации образов и идей, приводящей к новым построениям и комбинациям (наиболее часто при так называемой мифоманической конституции), при фантастической, нереальной, красочной фабуле бреда. У таких больных отмечаются интактность интеллекта и памяти, а также прагматизм суждений.

Дефиниции бреда воображения, формулируемые разными авторами, наряду с однозначными нередко включают весьма противоречивые признаки. Так, не встречает возражений мнение о том, что эта форма бреда основывается не на интерпретации происходящего вокруг, а на переработке пережитого в прошлом и давно забытого [Ясперс К., 1923]; развивается не путем паралогичных индукций и дедукций, а «путем нарастания последовательного возникновения сцен», появляющихся как будто в рассказе, когда «реальность дает только тему, на которой воображение по своей прихоти творит более или менее фантастические вариации и импровизации личного характера» [Морозов В. М., 1975, цит. Поро и Бардена]; отличается бредообразованием по «интуиции», «вдохновению», «озарению» [Блейхер В. М., 1984].

Кроме того, характерным для бреда воображения разные авторы признают: наличие галлюцинаций [Соколова Б. В., 1970] или их полное отсутствие [Блейхер В. М., 1984]; не типичность, но возможность галлюцинаций. Наряду с этим бред воображения признают формой: входящей в класс чувственного бреда [Дементьева Н. Ф., 1974] или самостоятельной [Киндрас Г. Н., 1974]; промежуточный между чувственным и интеллектуальным бредом, содержащей только фантастические идеи или включающей наряду с фантастическими обыденные переживания. По-разному формулируется клиническое определение острой и хронической форм бреда воображения.

По нашему мнению, различие суждений об особенностях и характере проявлений феномена, называемого «бред воображения», связано с тем, что этим термином обозначают психопатологические образования, неоднозначные по нозологической принадлежности — шизофренической или экзогенно-органической. Этой же причиной можно объяснить множество перечисленных выше синонимов термина «бред воображения» и приписываемых этому феномену указанных выше противоположных признаков.

Достаточно полное и разностороннее исследование бреда воображения в структуре шизофренического процесса провела Г. Н. Киндрас (1976). К признакам бреда воображения, выделенным Дюпре и Логром (отсутствие глубоких нарушений памяти, галлюцинаций, психосенсорных расстройств при ясности восприятия, хорошей ориентировке, развитом зрительном воображении), она добавляет отсутствие выраженной растерянности и грубых нарушений сознания, явления психического автоматизма, бреда преследования. Кроме того, определяя бред воображения как разное по масштабу «мегаломаническое» и болезненное фантазирование, развивающееся на основе активного вымысла, относящегося к прошлому, настоящему и будущему, автор называет следующие его характерные особенности: мгновенность возникновения и зависимость от различных факторов; относительная произвольность и очевидный оттенок импровизации, выдумывания, «сочинительства на ходу», однообразный аффект, благодушие, временами с легкой гневливостью и раздражительностью, политематичность, нестойкость, изменчивость фабулы; периодически возникающие фрагментарные бредовые идеи величия и иногда обыденное содержание бреда; нередко любовно-эротическая тематика; «отсутствие у больных твердой убежденности в реальности вымышленных бредовых фактов» «с преобладанием не абсолютной, а относительной уверенности»; изменение характера, содержания, фабулы бредовых высказываний под влиянием «подсказки», внушаемость; осознание больным своей активности в бредовой продукции и некоторой произвольности в бредовых построениях.

Все перечисленные признаки в той или иной степени укладываются в предлагаемые Г. Н. Киндрас четыре варианта, согласно которым бред воображения может характеризоваться: монотематической симптоматикой в «чистом» виде; идеаторной оценкой содержания конкретных образов (основное в структуре бреда) и ошибочной оценкой вымышленных образов, психопатологически отличающихся от псевдогаллюцинаторных и галлюцинаторных феноменов; яркими и наглядными образными представлениями; особо высокой конкретностью в характеристике образных переживаний. Приведенные варианты дополняются тем, что «чистый» вымысел основывается на образных представлениях без бредовой интерпретации происходящего вокруг и фабула развивается по типу «спонтанных ассоциаций», «мысленных представлений». При «фантастических бредовых интерпретациях» в основе фабулы лежат факты «происходящего вокруг». Основой фабулы «ретроспективного фабулярного бреда» [Поро А., 1952] служат воспоминания о реальных фактах прошлого.

В. М. Морозов (1975) выделяет бред воображения с острым и хроническим течением. Хронический бред воображения он отождествляет с конфабуляторным бредом при непрерывно текущей параноидной шизофрении, острый же бред считает идентичным конфабуляторному с элементами острых, чувственных переживаний в рамках шубообразной шизофрении. В. Н. Мамцева и соавт. (1977) относят к бреду воображения бредовые построения типа конфабуляций с участием ложных воспоминаний, наблюдающиеся при аффективно-бредовых «шубах» у детей, страдающих приступообразно-прогредиентной шизофренией.

По поводу отличия бреда воображения от галлюцинаторного бреда отметим, что бред воображения «порождает» представление, которое является следствием указанного бреда. При галлюцинаторном бреде, наоборот, галлюцинации лежат в основе бреда, являющегося их следствием.

Некоторые разновидности бреда, отождествляемые с бредом воображения, заслуживают особого внимания, так как, по нашему мнению, не могут быть полностью идентифицированы с этим видом бреда и отличаются от него клиническими проявлениями, а не только терминологическим обозначением.

Конфабуляторный бред [Крепелин Э., 1910] основывается на ложных воспоминаниях, всегда нереалистичных, но сопровождающихся верой больного в их реальность. Признаки конфабуляторного бреда наблюдаются при заболеваниях, при которых отмечаются более или менее длительные периоды амнезии, заполняемые конфабуляциями. К таким заболеваниям относят сенильные, пресенильные и реже атеросклеротические психозы. Этот бредовой синдром может также встречаться при некоторых органических психозах, характеризующихся нарастанием слабоумия или эпизодическими конфабуляциями (например, при корсаковском психозе).

К феноменологическим особенностям конфабуляторного бреда можно отнести ретроспективность его фабулы, стойкую неколебимую убежденность в действительности вымысла, его фантастичность, длительное сохранение в памяти бредового вымысла, его фабулы и образов, невозможность коррекции или суггестивного влияния, аффективное сопровождение, придающее бредовому вымыслу существенную значимость, сочетание элементов фантастического вымысла с фактами и событиями, действительно имевшими место.

С. Г. Жислин (1965) выделяет два типа конфабуляторного бреда в зависимости от нозологической принадлежности: возникающий при органических психозах позднего возраста, сопровождающихся нарастающим слабоумием, особенно снижением памяти («старческие конфабулезы», «старческая парафрения»), и появляющийся при парафренных психозах, не сопровождающихся снижением интеллекта и нарушением памяти. Согласиться с таким разделением трудно, поскольку второй вариант принципиально отличается не только «картиной» бреда, но и его течением, характеризующимся тенденцией к генерализации и систематизации бреда.

В. М. Морозов (1975) соглашается с К. Ясперсом, выделяющим три варианта конфабуляторного бреда, включающего ложные воспоминания: с сознанием воспоминания, пережитого ранее и потом забытого; со связыванием необычных воспоминаний с состояниями, похожими на сновидения или гипноз, с чувством сделанности вспоминаемых переживаний. А. Эй и соавт. (1967) напоминают, что Э. Крепелин наряду с прямым конфабуляторным вымыслом (бредом) описал бред, основывающийся на «ассоциативных конфабуляциях», связанных по смыслу с воспоминаниями о давно услышанном или прочитанном.

Фабуляторный бред, или «ретроградная мифомания» [Серье П., Капгра Ж., 1902, 1923], большинством авторов отождествляется с конфабуляторным бредом, близким по механизму возникновения с бредом воображения, индуцированным бредом [Морозов В. М., 1975]. Однако между конфабуляторным бредом немецких и фабуляторным бредом французских психиатров можно уловить некоторую разницу в расстановке акцентов: первые основным в клинической картине психоза считают конфа-

буляторные расстройства, а вторые — расстройства воображения.

Синдромы ложного узнавания и бред двойника. Эти синдромы обычно считают феноменами, относящимися к чувственному бреду, и отождествляют их с бредом воображения. Вместе с тем обе эти психопатологические формы можно считать занимающими промежуточное положение между чувственным и интеллектуальным бредом.

Общее понятие *«синдромы ложного узнавания»* [Капгра Ж., 1923] объединяет группу симптомокомплексов, разнородных по патогенезу и феноменологическим проявлениям.

Первое описание феномена «узнавания двойников» в психиатрической литературе привел К. Кальбаум (1866). В. П. Сербский (1907) этот феномен описал под названием «синдром смешивания личности». Еще через 17 лет его подробно проанализировал Ж. Капгра (1923), именем которого он назван по предложению Ж. Леви-Валенси (1927). Французские психиатры подразделяют феномен Капгра на синдромы «положительного» и «отрицательного» двойника. К первому относят случаи, когда больной узнает в окружающих его людях двойников родственников, знакомых, известных писателей, артистов, ко второму — случаи, когда родственников и знакомых больной считает подставными лицами, загримированными под родственников и знакомых — их двойниками.

Переживания больного, замечающего, что окружающие его люди, встреченный им человек или собеседник непрерывно меняет лицо, «перевоплощается», имеет то мужское, то женское, то молодое, то старое лицо, выглядит то негром, то японцем, то индусом, названы Ж. Виэ (1930) синдромом Фреголи (итальянский комик-трансформатор XIX в.). В психиатрической литературе синдром Фреголи отождествляют с бредом *интерметаморфозы* [Домезон Г., 1936; Курбон П., Тюск Ж., 1937] или отграничивают от него. В последнем случае бред охватывает не одно лицо, а несколько лиц, причем больной убежден не только во внешнем, но и во внутреннем (духовном) их перевоплощении. З. И. Зыкова (1954) все подобные переживания относит к острому чувственному бреду, к которому разные авторы причисляют также «ундулирующий бред», отличающийся от бреда интерметаморфозы, названный В. А. Гиляровским (1938) осциллирующим бредом, при котором бредовые идеи то появляются, то исчезают.

Одни психиатры объединяют все феномены, близкие к синдрому «ложного узнавания», другие — разобщают их, одни относят этот синдром к бредовым (острый чувственный бред), другие — к иллюзорным и т. д. Так, Н. Ф. Дементьева (1973) расценивает ложные узнавания как «компонент чувственного бреда»; А. Симе и А. Вите, на которых она ссылается, понимают этот феномен как самостоятельный синдром, сочетающийся с феноменами психического автоматизма; Э. Ф. Лаврецкая (1970) объединяет в единый психопатологический синдром бред «положительного» и «отрицательного двойника», бред интерметаморфозы, синдром Фреголи, синдром «мертвецов и уродов»; А. Эй (1973) разграничивает эти феномены. Можно лишь добавить, что все формы бреда, включаемые в синдром иллюзии ложного узнавания или бред «отрицательного двойника», привносят в структуру психотических переживаний феномены, которые необходимо дифференцировать от признаков расстроенного сознания.

Бред ложного узнавания («отрицательный двойник» Капгра) или палингностический бред, бред узнавания Менделя, возникает при непомраченном сознании чаще у больных шизофренией в стадии перехода от параноидного к парафренному этапу. При

этом феномене имеется бредовое убеждение в том, что родственник или знакомый, с которым видится больной, «не настоящий», а «подставной», «подмененный», «загримированный двойник настоящего». Подобный бред ложного узнавания нередко «перекликается» по сюжету с общей бредовой концепцией больного. Таким образом, иллюзорный компонент, типичный для иллюзий ложного узнавания, здесь фактически отсутствует.

К бреду ложного узнавания относится феномен, при котором бред обычно характеризуется нелепым содержанием, нестойкостью, частой сменяемостью, мимолетностью: больной называет окружающих именами давно умерших великих людей; утверждает, что видел людей с фантастической внешностью или умершего писателя одновременно молодым, старым и мертвым и т. п. Эти высказывания почти всегда нелепы, не сообразуются с какой-либо реальной действительностью. Создается впечатление, что больной говорит не о действительных переживаниях, а о вымышленных, что обусловливает сходство этого вида бреда с конфабуляторным бредом. Нередко трудно установить, связаны ли вообще бредовые высказывания больного с какими-либо галлюцинаторными переживаниями. По структуре бреда и характеру шизофренического дефекта этот вариант бреда ложного узнавания имеет большее сходство с синдромом бредового ложного узнавания, возникающего на парафренном этапе шизофрении, и отличается от него только отсутствием иллюзорного компонента.

Феноменологически к бреду и иллюзорно-бредовому синдрому ложного узнавания примыкает *бред «двойника»*. Этот бредовой феномен относится к классу интеллектуального бреда и подлежит рассмотрению при описании указанного класса.

От бреда ложного узнавания следует отличать иллюзорно-бредовой синдром ложного узнавания, который обычно сопровождается большим или меньшим помрачением сознания.

Бредовой синдром «обыденных отношений». Синонимами этого термина считают бред «малого размаха», «кухонный», «маломасштабный». Данный бредовый синдром обычно встречается в позднем возрасте, включает идеи отношения и преследования, характеризуется скудностью правдоподобной фабулы без тенденции к генерализации бредовых построений. Иногда наблюдаются восприятия, которые трудно отличить от иллюзий, но галлюцинаций, как правило, не бывает.

Ю. Б. Тарнавский (1975) считает, что для возникновения маломасштабного бреда обязательно наличие трех факторов: сензитивность эмоциональной сферы, затрудненность контакта с окружающими и оторванность от жизни; ситуационные неблагополучия в виде одиночества, частичной социальной депривации, зависимого, подчиненного положения по отношению к окружающим; инволюционный возраст.

Правильность отнесения бредовых идей «малого размаха» к классу чувственного бреда не вызывает сомнений, так как в

данном случае признаки, элементы интеллектуального бреда сведены к минимуму.

Пресенильный бред ущерба [Крепелин Э., 1921]. Клинически бред ущерба почти идентичен бреду обыденных отношений, однако патогенетически он не всегда связан с пресенильным возрастом и не всегда развивается на фоне «ослабоумливающего» процесса.

Е. С. Жислина (1965) наблюдала бред ущерба при различных органических, функциональных заболеваниях и шизофрении. Клинические проявления бреда в значительной степени зависят от характера основного заболевания: в случаях сенильного психоза он носит рудиментарный характер и содержит не подкрепленные аргументацией (интерпретациями) бредовые утверждения, в формировании которых, помимо нарастающего слабоумия, участвуют расстройства памяти; при психопатии, декомпенсирующейся в позднем возрасте, чаще возникают идеи ущерба обыденного характера с мыслями о «порче, краже, подмене»; при органических психозах, возникающих в позднем возрасте, бред ущерба включает идеи морального ущерба и ревности; при поздней шизофрении бред ущерба сочетается, переплетается с бредовыми переживаниями данного периода болезни (паранойяльного, параноидного), приобретая оттенок этих переживаний.

Сутяжный бред, бред кверулянтов, по структуре близок к бреду «малого размаха», отличаясь от него при каждом новом сюжете монотематической направленностью. Это не сутяжные тенденции, сутяжные действия, наблюдаемые при психопатии, а бред, по содержанию сходный с бредом «преследуемого преследователя». Такой бред проявляется в двух вариантах. При первом механизм возникновения бреда имеет психогенную природу: формирование борьбы с противником, имеющей сутяжный характер, является ответной реакцией на предполагаемые или действительные враждебные действия сослуживцев, соседей, родственников. При втором варианте кверулянтские действия больного, его сутяжная борьба начинаются без видимой причины, только на почве конституциональной психопатической структуры личности. Однако и при этом варианте в процессе развития бреда сутяжные действия и переживания больного быстро приобретают психогенный оттенок, обусловленный ответными реакциями окружающих на поведение больного. Эти ответные реакции развиваются в плане идей отношения, преследования и «побуждают» больного к дальнейшей бредовой разработке. Возникает порочный круг, и бред по своим клиническим проявлениям все больше приближается к систематизированному паранойяльному бреду, но имеет психогенную окраску и монотематическое содержание.

Бред одержимости [Крафт-Эбинг, 1881; Корсаков С. С., 1901]. В группу бредовых синдромов, объединенных общим названием «идеи одержимости», входят демономанический бред, зооантропия, бред метаморфозы (метаболический), бред околдования, дерматозойный бред. Бредовой сюжет при соответствующих переживаниях основывается на том, что в организм больного, его голову, сердце, живот, суставы «внедрилось» ка-

кое-то живое существо, иногда человек, иногда фантастическое животное, черт и т. д.

А. М. Рыбальский (1983) упоминает, что в психиатрической литературе существенное внимание бреду одержимости уделяли многие психиатры, обозначая его различными терминами: «внутренняя зоопатия» [Дюпре Э., Леви Г., 1906]; «наружная зоопатия», или «ограниченная ипохондрия» [Шварц З., 1959]; «бред отрицания» [Каубиш К., 1964], «бред метаморфозы» и др. Автор соглашается с Э. Крепелином (1912) и Л. Л. Рохлиным (1976) в том, что все эти формы бреда имеют ипохондрический характер, но собственно ипохондрическим правомерно называть лишь бред болезни.

Некоторые авторы обозначают термином «бред одержимости» лишь конкретные бредовые идеи или галлюцинаторные переживания: демономанический бред одержимости бесом [Сербский В. П., 1912]; иллюзорные искажения висцеральных ощущений [Бумке О., 1948]; висцеральные галлюцинации или чувственный бред фантастического содержания [Снежневский А. В., 1970]. В зависимости от характера заболевания, при котором наблюдается бред одержимости, в нем могут преобладать проявления бреда преследования или ипохондрического бреда. По мнению Е. Н. Каменевой (1940), бред одержимости относится к формам бреда, все реже встречающимся в психиатрической практике.

В начале XX в. была особенно распространена демономания, чаще наблюдавшаяся при истерических приступах («кликушестве») и массовых «эпидемиях» одержимости. В современной психиатрической клинике бред одержимости бесом встречается при шизофрении и эпилептическом психозе. При шизофрении бред одержимости имеет более вычурный характер и его клиника в значительной степени зависит от остальной паранойяльной или параноидной симптоматики, наличия галлюцинаций или псевдогаллюцинаций. Настоящие демономанические переживания, встречающиеся при шизофрении, отличаются от аналогичных по феноменологической картине переживаний, наблюдающихся при истерии и эпилепсии, отсутствием связи с пароксизмальными приступами помрачения сознания.

На парафренном этапе развития шизофренического процесса бред одержимости нередко приобретает вычурный, фантастический, нелепый характер, иногда сочетается с аутоскопическими, висцероскопическими галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, а также речедвигательными обманами, полностью тематически связанными с сюжетом бреда.

При бреде одержимости больные чаще ощущают присутствие в теле не «одушевленных машин», чертей или людей, а мелких животных (змеи, ящерицы, ужи, черви и т. п.).

Бред метаморфозы, или *метаболический бред* [Сегла Ж., 1905], наблюдается в современной психиатрической клинике очень редко. По данным литературы и собственным наблюдениям, бред метаморфозы может быть представлен в трех вариантах, при которых существует убежденность больного в том, что: он превратился в животное; оставаясь внешне человеком, он приобретает инстинкты, повадки и другие качества животного; кем-то изменяются его мысли или взгляды с целью усо-

вершенствования, «перемены политической ориентировки» и т. д. Все эти варианты нередко сочетаются с идеями «околдования». Бред «метаморфозы убеждений» в подавляющем большинстве случаев сочетается с псевдогаллюцинациями и особенно часто — с психическими галлюцинациями.

Бред колдовского влияния, околдования, порчи наряду с упоминавшимися выше идеями колдовского превращения в другое существо включает широкий спектр разнообразных переживаний. Вначале возникают суеверные (не бредовые) установки на то, что некоторые люди способны «нагнать порчу», «сглазить», «повредить» здоровью, карьере «силой своего биополя» и т. п. Промежуточное положение занимают монотематические бредовые идеи, заключающиеся в том, что в судьбу и жизнь больного вмешался конкретный колдун (колдунья) и причинил непоправимый вред. На другом конце спектра — бредовые идеи, близкие к бреду гипнотического очарования [Бехтерев В. М., 1905], включающие убежденность в постороннем воздействии, постороннем влиянии (ксенопатический бред), «чтении и вкладывании мыслей», «воспитании мыслей» и т. п.

Дерматозойный бред — бред поражения паразитами, энтерозоонозный бред, поверхностная зоопатия. Эта форма бреда входит в общую группу бреда одержимости или примыкает к ней. Он заключается в убежденности больного в том, что его кожа или «подкожная клетчатка мышц» поражена паразитами, проникшими туда и живущими там. Изредка дерматозойный бред возникает на парафренной стадии параноидной шизофрении, и тогда содержание его более нелепое. Чаще же дерматозойный бред имеет примитивное содержание и встречается при поздних органических заболеваниях мозга и в параноидной стадии шизофрении.

По мнению В. М. Блейхера (1984), наиболее полно изучен дерматозойный бред при инволюционной парафрении [Визер С., Кайзер Н., 1966] и пресенильном психозе [Экбом К. А., 1937, 1938]. Г. Губер и Г. Гросс (1973) наблюдали дерматозойный бред у больных эндогенной депрессией и ипохондрической шизофренией.

Большинство психиатров считают, что существенную роль в образовании дерматозойного бреда играют сенестопатии [Осипов В. П., 1923; Гиляровский В. А., 1938, и др.]. Г. Хопкинс (1970) признает, что бред поражения паразитами, встречающийся при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, токсических состояниях и др., представляет собой группу сложных расстройств, различных по этиологии, но сходных по клинической картине. К этой группе, по его мнению, примыкают аналогичные переживания сверхценного или бредоподобного характера, наблюдаемые у больных, не страдающих психическими заболеваниями. П. Сизаре и Ж.-П. Симон (1976) отмечают, что «бред наружных паразитов» был описан при шизофрении и парафрении, алкогольной и кокаиновой интоксикациях, а также как самостоятельный синдром. Авторы наблюдали эту форму бреда у больной 87 лет, соматически здоровой, интеллектуально и профессионально сохранной, заболевшей после психогении. Признавая указанную форму «эквивалентом депрессивного бреда», они относят к ее характерным признакам внезапность возникновения, стойкость не поддающихся разубеждению бредовых идей, отсутствие влияния на структуру личности, возможность излечения или

рецидивирующего течения, а также трудность квалификации патологических восприятий, относимых к тактильному галлюцинозу или иллюзорно-тактильным представлениям. А. Мунро (1978), наоборот, считает наблюдавшийся им «бред заражения червями» при такой же клинической картине моносимптоматическим ипохондрическим психозом и признает депрессию вторичным явлением. Г. В Майер (1887), приводя описание картины психоза, близкое к тем, которые давали указанные выше авторы, обозначает этот психоз как «синдром паразитарного бреда», выражающийся «в проприоцептивных и зрительных восприятиях», и относит его «к контактным параноидам».

Дерматозойный бред, возникающий в параноидной стадии шизофрении, менее примитивен, чем наблюдающийся при органических заболеваниях мозга, но, возникнув, он редко приобретает дальнейшее творческое развитие.

Индуцированный бред. Этим термином принято обозначать наблюдаемые одновременно у 2 больных бредовые синдромы одинаковой структуры и содержания, возникшие сначала у одного, а затем у другого.

Подобные «парные психозы» обозначают также «психоз вдвоем» [Берлин К., 1819], «сообщенный бредовой психоз» [Марандон де Монтьель, 1871], «одновременный бредовой психоз» [Режи Е., 1880], «индуцированное помешательство» [Леман Д., 1883], «симбионтический психоз» [Шарфеттер Ч., 1976], «индуцированное безумие» [Губер Г., Гросс Г., 1977]. Обязательным специфическим условием возникновения индуцированного бреда признают наличие близкого контакта между высказывающими его больными и необязательным, но достаточно типическим условием — наличие родства между ними. При констатации индуцированного бреда у 2 больных один из них является истинным автором, продуцирующим данный бредовой сюжет (индуктором, или «донором», бреда), а второй — плагиатором этого бреда (индуцируемым, или «реципиентом»).

Первым из отечественных психиатров феномен индуцированного бреда достаточно полно описал В. И. Яковенко в работе «Индуцированные помешательства как один из видов патологического подражания» (1887). Среди основных признаков такого помешательства он называет: совместное проживание индуктора и индуцируемого и родство между ними; общность их интересов и взглядов; внушаемость индуцируемого и более высокое умственное развитие индуктора; наличие у индуцируемого менее сильной воли, внушаемости, истеричности, душевной слабости, веры в правоту и подлинность высказываний партнера; наиболее частое индуцирование бредового синдрома, включающего идеи преследования; близость к состоянию религиозного экстаза; участие элемента подражания в механизме бредообразования и др. Почти то же пишут Г. Губер и Г. Гросс (1973), отмечающие, что «индуцированная реакция» — это ненормальная реакция суггестивной личности, охваченной переживаниями бреда (чаще преследования или дерматозойного), со следующими значимыми предпосылками для ее возникновения: более высокий интеллект и воля индуцирующего партнера; интимный контакт партнеров; замкнутость окружающего мира и относительная изолированность от него индуцируемого партнера; наиболее частая встречаемость в семьях с двумя и более членами, например у родителей и детей; соответствие содержания бреда общей жизненной ситуации.

Клинике индуцированных психозов посвятили свои исследования И. А. Сикорский (1892), А. А. Токарский (1893), Р. Е. Люстерник. и Я. П. Фрумкин (1934), Н. И. Погибко (1970), И. В. Константиновский (1982) и др.

Мы предлагаем различать формы и варианты индуцированного бреда по механизму его образования и психопатологиче-

ской структуре. Это предложение основывается на том, что при разных вариантах соотношения психических состояний индуктора и индуцируемого в каждой паре, или дуэте, больных, высказывающих «индуцированный бред», его клиническое проявление меняется. К таким вариантам мы относим:

а) индуктор психически болен, является инициатором постановки бредовой темы, «автором» бредового сюжета, а индуцируемый психически здоров и полностью поддерживает бредовую концепцию. В подобных случаях механизм возникновения бреда более всего напоминает механизм привлечения новых членов в различные мистические и религиозные секты;

б) индуктор психически болен, является инициатором постановки бредовой темы, «автором» бредового сюжета. Индуцируемый психически здоров, но иногда у него выявляются признаки врожденного умственного недоразвития (дебильность разной степени) или дементности органического генеза;

в) индуктор и индуцируемый психически больны: оба страдают бредовым психозом, однако основная бредовая тема и ее разработка принадлежат индуктору, а индуцируемый повторяет ту же тему при наличии или отсутствии собственного бредового творчества;

г) сюжет бреда как бы подсказан психически больному человеком, не страдающим психическим заболеванием. Следовательно, индуктором в подобных случаях оказывается психически здоровый, а индуцируемый — больным.

Английские психиатры А. Симс и соавт. (1977) сообщают о любопытном случае группового индуцированного психоза, при котором бред одинакового содержания высказывали не 2, а 4 человека: у 3 из них — отца, сына и дочери — была диагностирована параноидная шизофрения, а мать была признана психически здоровой, но именно она «подсказала» идею преследования семьи.

В большинстве случаев индуцированного бреда, по нашему мнению, существенное значение имеют не столько слабая воля и внушаемость индуцируемого больного, сколько содержание и форма бредовых высказываний индуктора, преимущественно идеи преследования, наличие стеничного аффекта, убежденность и «охваченность», способствующие суггестивному воздействию.

Перечисленные варианты возникновения индуцированных психозов могут быть дополнены давно не наблюдаемыми, но подробно исследованными в прошлом случаями массовых психозов. Подобные случаи в XIX в. были отмечены неоднократно. Массовые психозы обычно начинались с того, что у кого-либо из жителей деревни (как правило, женщины) возникал истерический кликушеский приступ суеверного религиозного экстаза. К ней вскоре присоединялись другие кликуши. При этом в зависимости от содержания выкриков вся толпа могла увидеть «дьявола с рогами», «ведьму на метле» и т. д. Таким образом,

массовый бред одержимости, так же как всякий индуцированный психоз, начинался с бредовых выкриков одного человека — индуктора, к которому быстро присоединялись индуцируемые. Распространение массовых психозов порой приобретало масштабы «психических эпидемий». В основе каждого эпизода кликушеского индуцированного психоза лежали элементы истеричности, внушаемости, интеллектуальной недостаточности. Отличие от индуцированных психозов, наблюдаемых у психически больных, состояло лишь в том, что участники кликушеских эпизодов ничем существенно не отличались друг от друга в клиническом отношении, а индуктор выполнял лишь роль инициатора данного эпизода. Кроме того, «бредовой сюжет» всегда был примитивным, однотипным и никогда не имел дальнейшей творческой разработки.

В дополнение к изложенным ранее вариантам механизма возникновения индуцированного бреда можно указать на следующие моменты: разный характер восприятия индуцируемым бредовых темы, идеи, содержания; пассивное подтверждение индуцируемым бредовых высказываний при наличии критических сомнений или пассивное признание объективности сюжета бреда с последующей паранойяльной психогенной реакцией на его содержание, создающей основание для творческого осмысления и частичного (ограниченного) развития бредовой концепции; восприятие индуцируемым, страдающим таким же, как индуктор, психическим заболеванием, обычно шизофренией, бредовых идей индуктора, но без их творческой разработки; активное принятие индуцируемым сюжета бреда, иногда «случайно заимствованного», и его дальнейшая самостоятельная творческая разработка.

Конформный бред, по формулировке давшего его подробное описание В. Байера (1932), это одинаковый по содержанию бред 2 больных шизофренией, возникший у них в одно и то же время и предположительно совершенно самостоятельно, без индуцирования одного другим, чем этот вид бреда отличается от индуцированного бреда.

Клинический анализ редко встречающихся случаев конформного бреда позволяет теоретически допустить два возможных варианта его генеза: действительно самостоятельное возникновение односюжетного, чаще однотематического бреда у 2 психических больных, не контактировавших друг с другом; возникновение близкого по сюжету или теме бреда у 2 больных шизофренией, проживающих в одной семье, единой микросоциальной среде и часто контактирующих друг с другом, при убежденности каждого в собственном авторстве высказываемой идеи.

Истинно конформным бредом можно признать первый из перечисленных вариантов. При этом варианте обычно достаточно точно соблюдается тема бреда и не совпадают его детали, подробности. Такой конформный бред мы наблюдали в

1946 г. у 2 больных шизофренией, проживавших в разных городах Калининской области. Оба утверждали, что японская контрразведка подозревает их в создании атомной бомбы и управлении самолетом, с которого она была сброшена на Хиросиму и Нагасаки. Мстительное преследование японцев тот и другой ощущали в виде воздействия на их мозг «специальной аппаратуры, изобретенной в Токио».

Второй вариант конформного бреда не может быть признан самостоятельным, существенно отличающимся от индуцированного бреда, так как при этом варианте возможен феномен криптомнезии, выражающейся в том, что один из партнеров, забыв, «вытеснив из сознания» принадлежность идеи другому, искренне считает ее своей.

Квалифицируя бред как конформный, следует проявить известную осторожность. В подобных случаях принимают во внимание два самостоятельных факта: одновременное начало психического заболевания у 2 больных и одинаковое содержание бреда. Одновременное начало бредового психоза у 2 и даже нескольких больных по теории вероятности вполне возможно и не зависит от известных, понятных, установленных причин. Такой бредовой психоз случайно одновременно возник у 2 наблюдавшихся нами сестер, но мог возникнуть у 2 больных, не связанных родством и находящихся в разных географических точках. Возникновение же у 2 или нескольких больных бреда одинакового содержания может быть связано с влиянием внешних факторов, одновременно воздействовавших на больных и обусловивших однотипность их бреда, который все равно возник бы. Иными словами, если бы эти больные были территориально или интеллектуально разобщены, то у них мог бы возникнуть бред разного содержания. Так, у 2 юношей, живущих в одном доме и обучавшихся в одном учебном заведении, по случайному совпадению одновременно возник шизофренический психоз. Никакой взаимозависимости возникновения заболевания у них не было, но они одновременно смотрели по телевизору сеанс гипноза, и дальнейшее развитие бреда у них было одинаковым — в форме «гипнотического очарования». Можно предположить, что если бы тема бреда не была тому и другому подсказана телевизионной передачей, то бред у этих юношей имел бы разное содержание.

Транзиторные (переходящие) бредовые синдромы. Французские психиатры, разделяющие этот вид бреда с шизофреническим, считают его синонимами «острые бредовые психозы», «острые галлюцинаторные психозы», «онирические и грезоподобные состояния». Мы полагаем правомерным включение транзиторных бредовых синдромов в класс чувственного бреда.

К особенностям транзиторного бреда П. Пишо (1982) относит: а) внезапное начало: «Как гром среди ясного неба бред внезапно разбивает вдребезги равновесие совершенно рационального разума и загорается яр-

ким пламенем без продромальных признаков»; б) обычно благоприятное течение психоза с развернутой картиной бреда: бред возникает сразу в полной форме без продромальных признаков; бредовые темы очень разнообразны, бред несвязный, не имеет определенной структуры, нестойкий, иногда сопровождается иллюзиями и галлюцинациями, играющими второстепенную роль, осмысление окружающего только бредовое — все видится через призму бреда; в) измененное сознание, по-видимому, с аффективными нарушениями и определенным видом спутанности, отсутствие выраженных соматических расстройств и хороший прогноз.

Бред действия, по определению некоторых немецких психиатров [Губер Г., Гросс Г., 1977],—это такие варианты, при которых объективный мир и все происходящее вокруг воспринимается через призму бреда, поэтому действия больных до мельчайших подробностей соответствуют только их бредовому мировосприятию. Подобный бред наблюдается при помрачении сознания, реже — при чувственном бреде и относительно чаще — при шизофреническом бреде.

Бред ревности в одних случаях может быть отнесен к классу чувственного бреда (при алкогольном психозе, церебральном атеросклерозе, прочих органических заболеваниях мозга), а в других — к классу интеллектуального, шизофренического бреда. Подробному дифференциально-диагностическому анализу вариантов бреда ревности посвящен раздел в 5-й главе.

Элементы динамики чувственного бреда. Развитие чувственного бреда существенно отличается от закономерностей возникновения, становления, распада интеллектуального бреда. Однако отдельные элементы бредовой динамики при некоторых синдромах, относящихся к классам чувственного и интеллектуального бреда, нередко трудно дифференцировать. Так, например, трансформация бредовых идей, обострение или «угасание» бредовых переживаний, компенсация бреда могут наблюдаться при разных синдромах чувственного и интеллектуального бреда. Вместе с тем можно отметить существенные психопатологические различия тех или иных элементов бредовой динамики при том и другом классах бреда.

Трансформацию бреда большинство авторов признают вполне возможной, другие отрицают такую возможность. Необходимо отметить, что вопрос о клинической вероятности трансформации бредовых синдромов весьма сложен. Для решения этого вопроса прежде всего необходимо четко разделить понятия закономерного перехода одной стадии бреда в другую (параноидальной в параноидную, параноидной в парафренную) в процессе развития болезни и прямого превращения одной формы бреда в другую, их смены на том же этапе развития заболевания. Кроме того, следует отличать трансформацию вида, формы бреда от изменения тематики, построения, содержания бреда под влиянием внешних и внутренних факторов.

Говоря о том, что бред преследования может вытекать из бреда отношения и что на высоте острых бредовых состояний развивающегося шизофренического процесса бредовые восприятия уступают место бредовому вы-

мыслу, бредовым фантазиям, О. П. Вертоградова (1976) имеет в виду не превращение, трансформацию одной формы в другую, а их закономерную, последовательную сменяемость. Не трансформацию форм бреда, а ситуационно-обусловленное изменение его содержания, по-видимому, подразумевает Е. А. Шевалев (1927), когда пишет о том, что один и тот же больной в 1914 г. высказывал бред религиозного содержания, а в 1925 г. — бред социологически-реформаторской тематики. В данном случае изменилось только формальное содержание бреда, а сущность его осталась прежней, поскольку и в 1914 г., и в 1925 г. бред включал элементы величия (религиозного в 1914 г., социального в 1925 г.) и реформаторства (с критикой христианской религии в 1914 г. и с предложением о переустройстве социального мира в 1925 г.).

Прямую трансформацию формы бреда на одном и том же «уровне» развития психоза допускают В. А. Гиляровский (1905, 1906), наблюдавший взаимное превращение бредовых идей преследования, величия, ревности, и В Иванов (1978), анализирующий трансформацию бредового настроения и онейроидно-фантастического бреда в деперсонализационный и дереализационный бред, бред отношения. О прямой замене одного бредового синдрома другим, но только в результате лекарственного патоморфоза пишут Г. Я. Авруцкий и А. А. Недува (1988), Г. Губер и Г. Гросс (1977).

Обострение бредовой симптоматики может возникнуть на разных этапах заболевания без видимых причин или в результате воздействия каких-либо факторов. При любой форме бреда помраченного сознания и чувственного бреда обострение бредовой симптоматики обычно происходит в результате воздействия различных экзогенных вредностей (инфекция, интоксикация, другая соматогения, травма, психогения). Однако чаще речь идет не об обострении, а о новом приступе — рецидиве заболевания (например, при сосудистых, пресенильных психозах) или о вновь возникшем, повторном заболевании (например, в случаях белой горячки). Действительные обострения психоза наблюдаются при непрерывно текущем шизофреническом процессе. Повторный приступ интеллектуального шизофренического бреда, так же как вообще заболевание шизофренией, в отличие от чувственного бреда при экзогенно-органических психозах возникает эссенциально. Следует сделать оговорку, что у больных шизофренией под влиянием экзогенных вредностей может развиться не обострение или повторный приступ заболевания, а его декомпенсация.

«Компенсация» бредовых переживаний, варианты ее клинического проявления и способы стимулирования издавна привлекают внимание психиатров [Александровский А. Б., 1934, 1936; Молохов А. Н., 1948; Елгазина Л. М., 1962; Жариков Н. М., 1964; Зурабашвили А. Д., 1969; Федотов Д. Д., 1978]. Теоретически можно предположить следующие варианты «компенсации» бреда: появление критических сомнений или критического отношения к еще сохраняющейся бредовой концепции с контролем за собственным поведением и отсутствием новой «бредовой продукции»; диссимуляция бреда, также являющаяся рудиментом критики; инкапсуляция монотематической бредовой идеи; дезактуализация бреда с развитием правильных, практически важных для больного идей и действий; стремление частично

объяснить бредовые переживания «неполадками» и болезненными ощущениями во внутренних органах — «висцерализация бреда» [Елгазина Л. М., 1962]. Некоторые авторы достаточно подробно анализируют варианты «компенсации» бреда.

Е. Н. Каменева (1950) считает, что редукция бреда идет в трех направлениях: качественное уменьшение содержания бреда — его монотематичность; увеличение правдоподобия содержания бреда; появление критической оценки бредовых переживаний. Кроме того, она отмечает дезактуализацию бреда или обратное его развитие с нарастанием дефекта. Е. С. Станкевич (1965) различает астеничную, стеничную и смешанную формы «компенсации» бреда при шизофрении. К астеничной он относит аутизм, уход от действительности, к стеничной — символическое творчество, разработку рационального приспособления.

Инкапсуляция бреда, т. е. его монотематичность, отсутствие тенденции к генерализации, обычно сопровождается в большей или меньшей степени выраженным критическим отношением больного к нему. Кроме того, инкапсуляция бреда может быть спонтанной, непроизвольной, независящей от больного и входить в структуру синдрома.

Инкапсуляция бредовых переживаний при абсолютной некритичности больного к основной бредовой концепции в отдельных случаях может сопровождаться относительно критичной оценкой возможной реакции окружающих на его высказывания и пониманием несовместимости этих высказываний с привычными взглядами членов семьи, соседей, сослуживцев.

Абортивный бред по сравнению с инкапсулированным никогда «не кристаллизуется», т. е. не составляет завершенную бредовую концепцию, продолжается весьма ограниченное время и заканчивается полным восстановлением критики. При шизофрении абортивный бред может предшествовать дебюту шизофренического процесса, необязательно бредового, но может также рецидивировать. При экзогенно-органических заболеваниях его возникновение по времени соответствует наиболее выраженной реакции на воздействие экзогенных факторов. В том и другом случае клинические проявления синдромов соответствуют признакам чувственного бреда.

Термином *«резидуальный бред»* нередко обозначают психопатологические синдромы, принципиально отличающиеся один от другого. Существуют три варианта понимания термина «резидуальный бред»: «остаточный бред», т. е. отдельные бредовые идеи, сохранившиеся после «распада» бредовой системы [Пинель Ф., 1812, 1829] или неполная редукция «конечного бреда» [Медведев А. В., 1981]; отдельные образы, бредовая симптоматика, «застрявшая» после прояснения сознания, или патологическая конфабуляторная стойкость отрывочных бредовых переживаний [Жислин С. Г., 1965]. По-видимому, конкретно этот вариант бреда, остающегося после купирования психоза, протекавшего с потерей сознания, К. Нейссер (1893) предложил называть «резидуальный»; резидуальные параноидные идеи

(характеризующиеся меньшей категоричностью бредовых утверждений, большей внушаемостью и «податливостью» к разубеждениям, незначительным эмоциональным сопровождением) представляют собой самостоятельные симптомокомплексы, возникшие по механизму бредообразования, использующего прежние бредовые переживания [Вайсфельд М. И., 1939].

Таким образом, резидуальный параноидный синдром в зависимости от дефиниции этого термина можно рассматривать в классе чувственного или интеллектуального бреда.

Синдромы преимущественно интеллектуального бреда

Интеллектуальный бред, как ранее было отмечено, нередко называют также первичным [Ясперс К., 1923], интерпретативным. При этом, если интеллектуальный бред ни в каких случаях нельзя назвать вторичным, то в возникновении, построении вторичного бреда и бреда помраченного сознания всегда большее или меньшее участие принимает интеллектуальная сфера, поскольку бред во всех случаях — результат интеллектуального творчества. В равной степени всякий бред представляет собой искаженную трактовку или бредовую интерпретацию собственных ощущений больного, объективного мира, своего положения в объективном мире и всего происходящего вокруг. Следовательно, любой бредовой синдром включает элементы интерпретации. При интеллектуальном бреде интерпретации представляют собой основу бредового творчества, а не просто ему сопутствуют. Это означает, что термин «интерпретативный» не имеет самостоятельного значения и может быть признан синонимом терминов «первичный», «интеллектуальный» только при сочетании с последним — «интеллектуальный интерпретативный бред». Интеллектуальный бред не всегда оказывается систематизированным, но «систематизированный бред» всегда — интеллектуальный. Среди терминов и понятий, обозначающих разные классы бреда, некоторые авторы называют «шизофренический бред». Вместе с тем большинство элементов так называемого шизофренического бреда могут быть признаны для него «типическими», т. е. предпочтительно встречающимися, а не «специфическими», т. е. наблюдающимися только при шизофрении. В связи с этим можно согласиться с Е. Н. Каменевой (1957) в том, что почти все проявления бреда, возникающего при шизофрении, встречаются при эпилепсии, эпидемическом энцефалите, сифилисе мозга, артериосклерозе в сочетании с интоксикацией и соматогенией, алкогольных интоксикационных психозах.

Структура интеллектуального бреда, бредового синдрома. Построение, структура бреда нередко предопределяет его психопатологическую и клиническую оценки. При этом под «клинической оценкой» мы понимаем результаты анализа соотношения динамики отдельных элементов бреда с закономерностями течения болезненного процесса, а под

«психопатологической» — феноменологический анализ структуры самого бредового синдрома не только в статике, но и в динамике.

Клиническая структура бредового синдрома включает элементы бредовых переживаний, одновременно составляющие ступени механизма бредообразования и этапы последовательного развития бреда.

Предбредовое настроение, или бредовая настроенность, по Корсакову, выражается в понижении настроения, иногда тоске, неопределенной тревоге. М. И. Троицкий (1882), пишет о «предвосхищении» душевной болезни в виде предчувствия, предвидения какой-то беды. Г. Губер (1964) считает «бредовое настроение» состоянием, предшествующим бредовым ощущениям и восприятиям.

Наличие «продромального бредового периода» сравнительно легко выявить в случаях острого начала психического заболевания тогда, когда бредовые переживания составляют первый, начальный этап психоза. Если же заболевание начинается с иной, небредовой симптоматики, то бредовые переживания обычно возникают без предвестников, неожиданно для больного. Без непосредственных предвестников может начаться также бредовой психоз после предшествовавшего ему длительного, иногда многолетнего психопатического развития. Обычно трудно установить и «предвидеть» появление бреда у людей со своеобразными особенностями характера, позволяющими окружающим считать их «странными», «чудаковатыми», а также у больных, перенесших в прошлом органическое заболевание головного мозга, у которых отмечается снижение интеллекта разной степени выраженности. В подобных случаях бредовое развитие ограничивается «предбредовым настроением», «бредовым предвосхищением».

Бредовые ощущения и *бредовые восприятия* [Шнейдер К., 1930, 1938] могут быть представлены в виде отрывочной симптоматики в дебюте психоза или очерченных этапов психоза. В одних случаях выявляются только патологические ощущения с их бредовой интерпретацией, в других — по бредовому интерпретируются восприятия, в третьих — встречается то и другое. Симптоматика никогда не ограничивается неприятными, странными ощущениями и восприятиями — компонент бреда присутствует всегда. Бредовые ощущения обычно субъективны, касаются лишь «телесных чувствований» больного [Вернике К., 1901], но могут основываться на сенестопатиях, кажущихся или искаженных действительных ощущениях и на объективно существующих ощущениях, вызванных соматическим неблагополучием. Бредовые восприятия также касаются субъективных ощущений, происходящих в теле больного и связанных с объективно происходящим вокруг. Объективные бредовые восприятия в свою очередь могут содержать бредовую трактовку действительных вещей, явлений, событий и искаженных или

ложных восприятий в виде иллюзий и галлюцинаций. Однако иллюзии, галлюцинации и особенно псевдогаллюцинации или психические галлюцинации могут предшествовать развитию бреда, но не являются начальными признаками психоза, такими, как бредовые восприятия.

К. Ясперс (1923) разделяет «первичные бредовые переживания» на бредовые восприятия, бредовые представления и бредовые «сознательности». К. Шнейдер (1930, 1938), так же как К. Ясперс, причисляет бредовые восприятия к бредовым феноменам начального этапа развития психического заболевания. Е. Н. Каменева (1957), ссылаясь на Матуссека, к особенностям «бредового» восприятия (в отличие от нормального) относит «прикованность» больного к объекту восприятия; выделение отдельных частей бредового восприятия; «нарушение ранга» бредовых восприятий, когда малосущественное выступает на первый план; разрыв нормальных связей между элементами восприятия и формирование новых связей.

Бредовое представление и *бредовое «осознание»* различаются тем, что при первом отмечается бредовая трактовка привычных представлений, а при втором объективно воспринимаемым предметам приписывается «особая реальность», изменяющая нормальное восприятие.

К. Ясперс (1923) пишет, что во внезапно возникающих бредовых представлениях жизненные воспоминания и оценки приобретают новую окраску, новое понимание и новую значимость, а бредовые «сознательности» включают переживания, сохраняющие чувственную окраску, но отличающиеся от нормальных особым аффективным сопровождением и особой значимостью, приписываемой объективно существующему предмету.

Момент, или *этап, период,* возникновения бреда («момент бредообразования») рассматривают как «бредовое осмысление», бредовое построение, бредовое умозаключение. Оно может быть внезапным и появиться неожиданно для больного в виде «бредового озарения» («инсайт») или формируется постепенно в результате более или менее длительной «бредовой работы». «Бредовое озарение» — это внезапно появившееся в сознании больного (неизвестно почему и откуда) бредовое умозаключение, сопровождающееся в момент появления безусловной убежденностью в его истинности. «Бредовое озарение» необязательно составляет механизм бредообразования, впервые наблюдаемого у данного больного. Иногда встречаются больные, у которых в течение психического заболевания уже возникал бред (путем «озарения» или длительной «бредовой работы») и повторное бредовое умозаключение появляется путем «озарения». Так же как научное открытие, «бредовое озарение» формируется в сфере бессознательного и приходит в сознание в готовом, почти завершенном виде.

По мнению З. Фрейда (1914), его учеников и современных последователей, бред, возникший путем «инсайта», как, впрочем, и постепенно развивающиеся бредовые идеи, можно рассматривать в качестве компенсаторной реакции на возникновение чувства недостаточности, неполноценности или невозможности реализовать личные, главным образом сексуальные, и социальные планы.

«Бредовое озарение» наблюдается не только при возникновении, развитии, рецидивах бредовых психозов, главным образом шизофренических, но также при описанных В. Маньяном (1893) «бредовых вспышках», которые нам наблюдать не пришлось.

По свидетельству В. М. Блейхера (1984), В. Маньян сообщает об острых эпизодических галлюцинаторно-бредовых психозах, возникающих при ясном сознании внезапно, путем озарения, характеризующихся полиморфной, нестойкой фабулой, с выраженным аффективным сопровождением и спонтанным выходом из психоза без какого-либо дефекта.

Кристаллизация бреда [Балинский И. М., 1858] — это возникшее в результате длительной «бредовой работы» или внезапно, путем озарения, полностью завершенное бредовое умозаключение с его четкой формулировкой. Появление бредового умозаключения составляет основной этап патологического (бредового) творческого процесса. При этом дальнейшая разработка бредовых деталей не прекращается. Момент кристаллизации бреда вызывает у больного чувство «душевного облегчения», сопровождается «инверсией» [Кречмер Э., 1918, 1928] или «чувством овладения» [Жане П., 1905, 1913].

Кристаллизация бреда может наступить при разной степени выраженности интеллектуального и эмоционального дефекта. В случаях достаточной сохранности мыслительного процесса, творческих возможностей и эмоциональности в бредовой концепции больного основная сюжетная канва мало изменяется, но могут уточняться, обрастать подробностями отдельные детали бреда. При существенном дефекте мышления и эмоциональной сферы кристаллизацией бреда может завершаться период его развития и одновременно начинаться период парафренизации бреда с его быстрым или медленным распадом.

При сопоставлении вариантов дальнейшего развития бреда после его кристаллизации уместно вспомнить высказывания А. Эя (1954, 1973), отмечавшего наличие двух полюсов бреда, зависящих от состояния эмоциональной и интеллектуальной сфер: «активного», отражающего сохранность личности, бредовую логику, эмоциональность, и «пассивного», свидетельствующего о «патологии личности» и об изменении «структуры поля сознания», его истощении.

На развитие бреда, построение его отдельных элементов могут оказывать влияние такие особенности проявления психоза, как отрывочность и связность бредовых построений [Гиляровский В. А., 1938], возникновение повторных «бредовых вспышек» [Маньян В., 1893] и др.

Синдром «психического автоматизма» и галлюцинаторно-параноидные синдромы непомраченного сознания. В дополнение к отмеченному ранее о синдроме «психического автоматизма» и бредообразовании (см. главу 2) можно еще раз подчеркнуть, что в основе всех

галлюцинаторно-бредовых синдромов, в частности таких, в структуру которых входят псевдогаллюцинации и психические галлюцинации, лежит феномен «психического автоматизма». Такое понимание, не расширяя рамки этого феномена, облегчает, делает целенаправленным психопатологический анализ всех галлюцинаторно-бредовых синдромов. Трудно возразить А. В. Снежневскому (1983), который считает, что синдром «психического автоматизма» включает (добавим — необязательно в полном комплекте и необязательно всегда): совокупность псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости с отчуждением, утратой принадлежности себе собственных психических актов, чувством постоянного влияния, действующей извне посторонней силы. Отсутствие у современной науки каких-либо знаний о механизме мыслеобразования и вообще о сущности мыслительного процесса сужает понимание термина «психический автоматизм» и ведет к его распространению главным образом на феномены псевдогаллюцинаций и психических галлюцинаций. В свою очередь несомненна непосредственная интимная связь с бредом большинства, за редким исключением, псевдогаллюцинаций и всех, без исключения, психических галлюцинаций.

При галлюцинаторно-параноидных синдромах, включая психические (парасенсорные) галлюцинации, наибольшее развитие получают не идеи преследования, а дополнительная симптоматика в виде, например, страхов достаточно неопределенного содержания. Однако не получившие сюжетного завершения идеи преследования всегда наблюдаются при этих психозах, ограничиваясь в отдельных случаях убеждением в том, что некоторые мысли, появляющиеся в голове больного, не принадлежат ему, а как-то, кем-то, для чего-то вкладываются в его голову.

При вербальных, зрительных, вкусовых и других псевдогаллюцинациях в структуру галлюцинаторно-бредового синдрома наряду с идеями преследования входят иногда идеи величия, физического воздействия. Во всех подобных случаях наблюдаются выраженная патология мыслительного процесса, обычно нарастающая по мере усиления сенсорных, а затем парасенсорных галлюцинаций, «слияние» этих галлюцинаций с мыслями, т. е. образование психопатологического феномена, в котором невозможно отграничить патологию собственно мыслительного процесса от переживаний, близких к галлюцинаторным. Невозможность для больного отделить галлюцинаторные переживания от мыслей (своих или чужих — вкладываемых) тем более абсолютна, чем менее сенсорный характер имеют галлюцинации. В подобных случаях к парасенсорным (психическим) галлюцинациям нередко присоединяются кинестетические обманы, также парасенсорные.

«Неотвязные» мысли, иногда входящие в структуру синдрома, включающего бред и психические галлюцинации, не всегда

возможно отличить от так называемых аутохтонных идей. В свою очередь эти идеи теоретически и практически тождественны парасенсорным психическим галлюцинациям Байарже.

Аутохтонные идеи, или самовозникающие идеи [Вернике К., 1906], характеризуются двумя основными признаками: их чуждостью собственным мыслям больного и насильственностью появления. В. П. Осипов (1923) к отличительным свойствам аутохтонных идей относит также их неожиданное возникновение без участия ассоциативного процесса; доминирование в сознании больного; приступообразное, волнообразное течение; обычно мучительное для больного аффективное сопровождение мыслей о преследовании. Таким образом, аутохтонные идеи входят в структуру галлюцинаторно-бредового (с парасенсорными обманами) синдрома.

Бредовые синдромы преследования, в том числе связанные с ипохондрическими переживаниями, развивающиеся в отсутствие помрачения сознания и при наличии тенденции к систематизации,— основные синдромы интеллектуального бреда. Здесь они рассматриваются как феномены, имеющие самостоятельную и достаточно характерную психопатологическую структуру, а не с позиций оценки их тематики, сюжета.

Структура и тематическая направленность синдромов интеллектуального бреда. Интеллектуальный бред, как уже отмечалось, характеризуется преобладанием в клинической картине бредовых идей преследования, величия, физического воздействия, особого значения.

Бредовой синдром преследования, или персекуторный бред французских психиатров, не менее 150 лет представляет главный объект клинических и психопатологических исследований. В многочисленных монографиях и диссертациях представителей различных психиатрических школ излагается история развития учения о бреде преследования и приводятся достаточно противоречивые сведения об авторах тех или иных терминов, используемых для обозначения вариантов бреда преследования. В большинстве работ наиболее часто повторяются те или иные исторические ссылки, которые мы находим у И. М. Балинского (1859), В. Х. Кандинского (1885), Н. М. Попова (1897), Э. Крепелина (1898), Е. Менделя (1904), Е. Блейлера (1911), В. П. Осипова (1923), Ю. В. Каннабиха (1928).

Общепринято считать, что впервые клиническое описание персекуторного бреда — хронического бреда преследования — дал Е. Ласег в 1852 г. В дальнейшем оригинальные психопатологические исследования персекуторного бреда провели Ж. Фальре (1854, 1878), Ф. Морель (1860), В. Гризингер (1872), Е. Режи (1896), В. Маньян (1897) и др.

Обобщая материалы многих исследований, в частности проведенных Я. М. Коганом и Е. Н. Каменевой, рассматривающих персекуторный бред как универсальную тенденцию всех видов бреда, а также собственные наблюдения, мы считаем возмож-

ным все варианты хронических, интеллектуальных, персекуторных идей условно разделить на две сводные группы.

Первая — бредовые идеи, содержащие в развитом, разработанном, кристаллизированном виде, убежденность в наличии врагов, намеревающихся сделать инвалидами или уничтожить больного и его близких родственников. Бредовая разработка этих бредовых идей касается лишь причин преследования, а также результатов реализации намерений преследователей и не затрагивает способ преследования.

Так, один находящийся под нашим наблюдением больной «понял», что ему мстят за действия брата и собираются, уничтожив его, обвинить в этом брата. За какие действия брата мстят преследователи и как они собираются осуществить уничтожение, больной не знает, не предполагает, а главное, не хочет знать и догадываться Творческой бредовой разработке подвергаются лишь признаки, убеждающие больного в правильности его умозаключения. При этом длительное существование бреда и его яркое, эмоциональное сопровождение не приводят к сюжетной генерализации: развитие бреда ограничивается только тем, что обнаруживается множество доказательств цели, поставленной преследователями, и связи этой цели с причиной преследования.

Вторая группа — бредовые идеи, в которых параллельной творческой разработке подвергаются идеи величия как причины преследования, а также детали, доказательства собственного величия и предполагаемых способов преследования. В эту группу входят идеи величия, ревности, любовные и эротические идеи.

В подобных случаях больные убеждены в том, что их талант, гениальность, умственное превосходство, особое предназначение вызывают зависть, чувство соперничества или страх преследователей за свое будущее. Те же чувства преследователей, по убеждению больных, могут быть связаны с ревностью или желанием противодействовать любовным, эротическим чувствам больного.

При сочетании идей преследования и идей величия иногда доказательства и понимание собственного величия предшествуют развитию идей преследования, но чаще мысли о собственном величии появляются в порядке «понимания», «объяснения» причин преследования, в наличии которого больной убеждается раньше. Степень значимости идей величия и преследования в сознании больного, преобладание тех или других чаще зависят от этапа заболевания и реже — от сюжета бреда, возникшего путем озарения. При первоначальном развитии идей величия нередко создается впечатление не о скудости творческой разработки идей преследования, а о том, что они еще «не сформированы больным» и их формирование может произойти на следующем этапе заболевания.

В процессе развития болезни идеи величия иногда как бы «подсказываются» иллюзорными и галлюцинаторными восприятиями. Часто нелегко установить последовательность, порядок возникновения идей преследования и величия. В отдельных

случаях в структуре психоза «переплетаются друг с другом» идеи преследования, физического воздействия, величия, имеющие общую сюжетную направленность и развивающиеся во времени в большей или меньшей степени равномерно. Иногда возникшие в начале психоза идеи величия затем постепенно тускнеют, не вызывают эмоциональной реакции больного, становятся резидуальными, уступая место творческой разработке идей преследования. Необходимо подчеркнуть, что в случаях сочетания идей величия и преследования речь идет необязательно о парафренизации процесса, а о поступательном развитии параноидного периода болезни, при котором идеи величия чаще всего служат лишь подкреплением, подтверждением мысли о преследовании, составляющей основное содержание бреда. Идеи величия, значимости собственной личности больной может расценивать как факт, не требующий доказательств и поэтому не имеющий какого-либо содержания. Сюжетно связанные с идеями преследования, они очень часто наравне с ними подвергаются детальной бредовой разработке.

При систематизированном кристаллизовавшемся шизофреническом бреде, сочетающемся с идеями величия и преследования, обращает на себя внимание значительно большая детализация и содержательность бредового творчества, касающегося способов преследования, при относительной скудности идей величия.

Творческая разработка интеллектуальных бредовых идей преследования может продолжаться в течение всего заболевания с постепенным усложнением деталей бреда, их систематизацией, а затем с постепенной дезактуализацией, потускнением бредового творчества и нарастанием интеллектуального дефекта.

Бредовой синдром физического воздействия, или бред телесного влияния [Корсаков С. С., 1901], почти всегда является структурным элементом бреда преследования. Все варианты идей физического воздействия включают какое-либо влияние, преимущественно на физическую или психическую сферу больного. Очень часто больные жалуются на то, что враждебному воздействию подвергаются в равной или неравной степени его психика и «телесные органы». При этом больные различают воздействия, идущие извне, со стороны и возникающие внутри собственного организма. Содержание идей воздействия может быть реалистичным и нереалистичным, иногда нелепым, фантастичным.

Синонимами бреда физического воздействия, помимо феномена «психического автоматизма», признают: бред «овладения», «охватывания» [Жане П., 1899], синдром «внешнего воздействия» [Клод А., 1923], синдром «внешнего влияния» [Кронфельд А. С., 1940]. Чувство физического воздействия не всегда имеет четкое «бредовое оформление», иногда оно сходно с феноменом навязчивости, укладывающимся в обсессивно-фобический синдром, наблюдаемый при шизофрении. Тягостность переживаний больного, его критическое отношение к этим пере-

живаниям и отсутствие бреда помогают установить правильный диагноз.

Среди идей влияния на физическую, телесную сферу больного основное место занимают идеи *отравления* и *околдования*. Те и другие характеризуются наименьшей творческой разработкой, отсутствием выраженной «бредовой фантазии», некоторой примитивностью и известной второстепенностью. В отдельных случаях идеи отравления и околдования встречаются у одного и того же больного. При этом иногда у больного можно обнаружить наличие соматического неблагополучия, действительных неприятных ощущений в теле, «иллюзорные» или «галлюцинаторные» сенестопатии, парестезии.

Идеи отравления чаще наблюдаются на грани паранойяльного и параноидного периодов развития шизофренического процесса. Они сопровождаются обонятельными, вкусовыми и реже зрительными обманами, причем не всегда удается дифференцировать иллюзии и галлюцинации.

Идеи околдования, «сглаза», «наговора» при реалистичных жалобах больного на соматическое неблагополучие не всегда легко отличить от суеверий, сопровождающих действительно существующие неприятные ощущения. Бредовое, нелепое содержание этих идей облегчает диагностику. Структура бреда околдования очень близка к построениям идей одержимости чувственного бреда и идей отравления, ипохондрических переживаний, идей болезни интеллектуального бреда. Однако сюжет идей околдования, как правило, проще, примитивнее, чем сюжет любого ипохондрического бреда.

Ипохондрический бред структурно близок к бреду отравления и околдования. При нем, так же как при перечисленных формах, объектом бредовых переживаний является «телесная сфера» больного. Отнесение некоторых форм бреда ипохондрического содержания к классу первичного интеллектуального бреда, а не к классу вторичного чувственного бреда вызывает сомнения. В отдельных случаях в структуру синдрома ипохондрического бреда могут входить предпочтительно чувственные или предпочтительно интеллектуальные компоненты. Однако ипохондрический бред болезни отвечает главным образом признакам интеллектуального бреда. Тематика «преследования» и «злонамеренного» физического воздействия при ипохондрическом бреде выражена значительно меньше, чем при других вариантах бреда преследования.

Нередко бредовые идеи ограничиваются ипохондрическими переживаниями без умозаключения о том, что плохое здоровье больного является следствием чьего-либо злого умысла. В отдельных случаях нелегко дифференцировать небредовую и бредовую шизофрению с ипохондрическим синдромом. Особая сложность возникает при наличии только паранойяльных переживаний, сопутствующих ипохондрическим, но не связанных с ними сюжетно. В большинстве случаев ипохондрический бред —

бред физического неблагополучия — по времени возникновения опережает идеи преследования и физического воздействия. В зависимости от степени выраженности и характера идей преследования, входящих в структуру ипохондрического бреда, можно выделить следующие его варианты:

а) бредоподобные и сверхценные идеи физического неблагополучия;

б) бред физического неблагополучия всего организма без локализации этого «неблагополучия» в конкретных органах, без мысли о конкретном заболевании и каких-либо идей отношения или преследования;

в) бред физического неблагополучия («неполноценности») конкретного органа, конкретной системы органов или бред болезни без мысли о «сделанности болезни» и без идей преследования;

г) бред болезни (конкретной или неизвестной нозологической формы) с одновременным развитием идей отношения, преследования, тематически не связанных с сюжетом бреда преследования;

д) бред «сделанной болезни», бредовое убеждение в том, что болезнь явилась следствием чьих-то злонамеренных действий.

А. М. Рыбальский (1983) считает, что при квалификации вариантов ипохондрического бреда необходимо анализировать характер сенестопатических ощущений и восприятий, а также соотношение в структуре бреда различных компонентов — идеаторного, сенсорного, аффективного. По его мнению, такой анализ позволяет выделить следующие варианты ипохондрического бреда:

а) бредовые ипохондрические состояния с преимущественно интерпретативным характером бредообразования;

б) депрессивно-ипохондрический бредовой синдром с преимущественно чувственным характером бредообразования;

в) депрессивно-ипохондрический бредовой синдром со смешанным (чувственным и интеллектуальным) характером бредообразования. Приведенная классификация по существу объединяет традиционную классификацию — паранойяльный, параноидный, парафренный ипохондрический бред, и формально-феноменологическую — сенестопатический ипохондрический, деперсонализационный ипохондрический, нигилистический ипохондрический бред

Различная степень присоединения к ипохондрическому бреду идей преследования и физического воздействия может прослеживаться у одного и того же больного в процессе многолетнего развития заболевания или у разных больных, обследуемых на начальном и последующем этапах развития болезни. При этом нередко болезненный процесс как бы задерживается или останавливается на данном этапе, и тогда степень «соучастия» идей преследования остается неизменной на протяжении всего заболевания. В подобных случаях отмечаются пассивность и скудость бредового творчества, однообразный характер содержания бреда и нарастающее эмоциональное напряжение, причем развиваются, иногда генерализуются только ипохондрические переживания без присоединения идей преследования.

Анализ большого количества наблюдений позволяет утверждать, что развитие психоза нередко обусловливает «возникновение готовности» к появлению ипохондрического бреда, т. е. ипохондрической тематики вообще. Сюжет бреда, мысль о конкретном заболевании зависит от случайных факторов, обычно от прочитанного, услышанного. После неожиданно пришедшего к больному «понимания», что он болен, например, лепрой, дальнейшее бредовое творчество, бредовая работа концентрируется вокруг этого заболевания, связывается с ним, при этом одновременно усложняется структура бреда.

Генерализация бреда обычно начинается с присоединения к монотематическим ипохондрическим идеям паранойяльных переживаний, которые чаще всего выражаются в появлении недоверия к врачу и убеждении в том, что окружающим известна тяжесть его заболевания. Реже ипохондрический бред возникает по «механизму озарения». В подобных случаях паранойяльный этап развития болезни отсутствует. Параноидные переживания иногда генерализуются, развиваются, все более приобретая признаки бреда преследования и физического воздействия, а иногда останавливаются в своем развитии, остаются монотематическими, «осумковываются».

Бредовое отношение к медицинским работникам, якобы вредящим больному, обычно претерпевает дальнейшее развитие. Первоначальная мысль о том, что врач из-за отсутствия должной квалификации не смог установить диагноз, перерастает в мысль о стремлении врача скрыть свою диагностическую ошибку. Отрицание другими врачами наличия болезни больной объясняет как «нежелание выдавать коллег». В бредовую композицию включаются все новые люди (другие медицинские работники, соседи, члены семьи). На этом этапе болезни нередко отмечается агрессивное отношение к врачам. Бредовая симптоматика все больше приобретает параноидную окраску.

Психопатологическое сходство с ипохондрическим бредом болезни имеет «телесный» *нигилистический бред*, бред отрицания, объектом которого является организм самого больного. Вариантом нигилистического бреда можно считать бред Котара (мегалоипохондрический бред), наблюдаемый при инволюционных психозах и реже при тяжелых органических заболеваниях мозга. Независимо от Котара (1880) признаки «телесного» нигилистического бреда описал В. П. Сербский (1892). Среди указанных признаков он назвал фантастические идеи повреждения собственных органов, их высыхание, «разжижение», полное отсутствие («сгнила печень», «отсутствует желудок» и др.). Позднее к бреду Котара стали причислять высказывания больного об отсутствии у него моральных и этических принципов, совести, ума, способности любить и т. п. Это дало основание М. О. Гуревичу (1949) относить синдром Котара к бреду самоуничижения. Наряду с «телесным» нигилистическим бредом, синдромом Котара называют также идеи больного о

гибели Вселенной, исчезновении атмосферы или кислорода в ней, исчезновении Луны, охлаждении Солнца, высыхании морей и т. п. Основанием для такого расширительного толкования бреда Котара служит тот факт, что фантастический «телесный» нигилистический бред и «всеобщий» нигилистический бред иногда встречаются у одного и того же больного. «Всеобщий» нигилистический бред всегда является также мегаломаническим фантастическим бредом. При любой форме проявления бред Котара сочетается с более или менее выраженной формой депрессии, тревожно ажитированной или ипохондрической, а по темпу и характеру течения может быть острым и хроническим.

Наряду с перечисленными синонимами нигилистического бреда Г. В. Морозов (1988) называет «меланхолическую парафрению», «меланхолический бред воображения», «мегаломеланхолический бред». Нигилистический бред нередко рассматривают как «негативное проявление бреда величия» [Завилянский И. Я., Блейхер В. М., 1979].

Некоторые психиатры одним из вариантов ипохондрического бреда считают катестезический бред [Каменева Е. Н., 1957]. В полной мере согласиться с этим нельзя, поскольку понятие «катастезический» указывает не на структуру бреда, а на механизм бредообразования.

Катестезическим В. А. Гиляровский (1949) называет бред, обусловленный патологическими ощущениями, воспринимаемыми в качестве реальных, действительно существующих.

Г. Губер и Г. Гросс (1977) специальный раздел своей монографии, посвященной бреду при шизофрении, отвели синдрому аномальных телесных ощущений с центрально-вегетативными расстройствами, сопровождающимися бредовыми опасениями внезапной остановки сердца и вызванной этим смерти. Этот синдром характеризуется единством соматических ощущений и наличием признаков органического поражения мозга. Авторы, ссылаясь на К. Шнейдера, отмечают, что ощущения, на которых основывается бред, иногда оказываются ретроспективными, сохранившимися в бредовых воспоминаниях больного, поэтому можно говорить о факторах «мнестических ощущений» и «мнестическом бреде». Актуализация реакции на «воспоминания» о бредовых ощущениях сопровождается бредом «значения» [Янцарик В., 1968]. Иными словами, происходит бредовая переработка пережитых в прошлом ощущений, а также восприятий и представлений.

Тематическими, а не структурными вариантами ипохондрического бреда являются идеи одержимости, дерматозойный бред, бред метаморфозы, многие случаи бреда отравления и околдования, рассмотренные нами при описании синдромов чувственного бреда, а также бред физического уродства и другие формы дисморфоманического бреда.

Синдром дисморфомании, бред физического недостатка (бред уродства) в отличие от страха появления неприятных, уродливых изменений собственной внешности — дисморфофобии [Крепелин Э., 1913] заключается в бредовом убеждении в своем уродстве (некрасивые губы, уродливый нос и т. д.). Одной из форм дисморфомании признают бредовое убеждение больного

в том, что от него исходит неприятный для окружающих запах. О запахе больной догадывается по мимике и движениям окружающих, которые отворачиваются, отходят, закрывают нос платком и т. п. Больные с дисморфоманией подолгу рассматривают себя в зеркале, стараются определить степень своего уродства. Такое «тяготение» к зеркалу М. В. Коркина (1973) называет симптомом зеркала. М. В. Коркина также предлагает термин «симптом фотографии». Он заключается в том, что больные с дисморфоманией нередко убеждены в том, что уродство лица легче выявить при его статичном изображении, т. е. на фотографии. Такие больные фотографируются, чтобы доказать косметологам наличие у них уродства, или, наоборот, отказываются от фотографирования, чтобы «не демонстрировать уродство». При дисморфомании больные обычно убеждены не только в своем уродстве, но также в том, что это уродство замечают все окружающие, о чем можно судить по их поведению.

При бреде уродства можно отметить различную расстановку акцентов в переживаниях больных. Одни больные фиксируют внимание на уродстве, определяют степень его выраженности и динамику, а о реакции окружающих говорят между прочим, другие, наоборот, наибольшее бредовое внимание уделяют реакции окружающих на их уродство. Уродливыми, вызывающими отрицательное отношение окружающих в сознании больного с дисморфоманическим синдромом могут оказаться не его внешность, а движения, мимика, привычки, походка.

Больные нередко обвиняют родителей в своем кажущемся им уродстве. У отца или матери они замечают те же признаки уродства и считают, что эти признаки переданы им «генетическим путем». Иногда претензии содержат обвинение родителей в их невнимании к сыну, т. е. к больному: «они, возможно, недосмотрели» ушибы, падения, вызвавшие затем уродство. Иногда отмечается связь дисморфоманических переживаний с идеями преследования, околдования и др.

Бредовой синдром психического воздействия включает все случаи бреда, при котором «объектом воздействия» или органом, «участвующим в действиях внешней силы» или «отвечающим на внешнее воздействие», является мозг — «мыслительный аппарат», «сама мысль». В процессе развития бредового психоза не всегда удается уловить какую-либо очередность, последовательность возникновения идей психического и физического воздействия. В структуру психоза могут входить идеи только психического или только физического воздействия. Однако в тех случаях, когда на всем протяжении развития бреда встречаются те и другие идеи, обычно сначала возникают идеи психического воздействия, а при нарастании интеллектуального дефекта появляются идеи физического воздействия.

Допустимо с достаточной уверенностью полагать, что бредовые идеи психического воздействия представляют собой наиболее развитую форму бреда — кульминацию бредового психоза.

На основании результатов психопатологического анализа этих идей в каждый данный момент — «в поперечном срезе» — их условно можно разделить на включающие и не включающие галлюцинаторные феномены. Так, больной может указывать на то, что «внешняя сила» влияет на самый аппарат мышления — умственные способности, «делает гениальным или глупым», заставляет или мешает мыслить. При этом он отрицает насильственное появление парасенсорных или сенсорных галлюцинаций с интерпроекцией, а также галлюцинаций с экстрапроекцией. В подобных случаях говорят о «чистом» параноидном синдроме психического воздействия.

«Бред воздействия на мозг» иногда сопровождается галлюцинациями с экстрапроекцией и, чаще, псевдогаллюцинациями. В том и другом случае идеи воздействия и галлюцинаторные переживания развиваются параллельно, как бы сопутствуют друг другу. При этом больной отличает чувства внешнего воздействия на мозг от галлюцинаторных переживаний. Ощущение больным воздействия на мозг специальными аппаратами с целью повлиять на его мышление составляет наиболее типичное содержание бреда психического воздействия, причем в структуру бреда нередко одновременно входят вербальные псевдогаллюцинации и убежденность в «воздействии на психику — мысли и поведение». В подобных случаях не всегда можно разграничить псевдогаллюцинаторные переживания и собственно бред психического воздействия. Как правило, не удается также установить последовательность возникновения той и другой симптоматики. Воздействие аппаратами, составляющее основное содержание бреда, некоторые больные воспринимают не в виде непосредственного влияния на мысли, а опосредованно: вызывая «мысленно звучащие голоса», отделенные в сознании больного от его мыслей.

Относительно часто вербальные псевдогаллюцинации, имеющие определенное сенсорное оформление, отсутствуют, и бред психического воздействия аппаратами на мозг сочетается с психическими, т. е. парасенсорными, галлюцинациями. При этом ощущение психического воздействия в сознании больного отграничено от констатации изменения собственной мыслительной деятельности. Воздействие на мозг аппаратами и особенности мышления больной оценивает как причину и следствие, а не как единое, целостное явление. В одних случаях, по мнению больных, «аппараты» оказывают «целенаправленное», «содержательное» воздействие, «вызывают» какую-либо определенную мысль, а в других — только мешают мыслить. Независимо от характера влияния аппаратами речь здесь идет о возможности разграничения бреда психического воздействия и психических галлюцинаций. Бред психического воздействия нередко сопровождается «звучанием мысли», «эхом мысли», «вложенными мыслями», «отнятыми мыслями» и т. п. При уменьшении сенсорной окраски психических галлюцинаций, т. е. при нара-

стании степени их парасенсорности, бред психического воздействия невозможно отличить от психических галлюцинаций.

Бред *гипнотического очарования* представляет собой частный случай бреда психического воздействия. Отличие состоит в том, что вместо бредовой убежденности в воздействии на мозг аппаратов существует такая же бредовая убежденность в воздействии на мозг с помощью гипноза.

В. М. Бехтерев (1905), предложивший термин «бред гипнотического очарования, так же как С. Д. Владычко (1912), назвавший аналогичное состояние бредом гипнотического влияния, рассматривает этот вариант бредовых переживаний в общей группе бреда воздействия и отличительными чертами его считает относительную простоту содержания, т. е. отсутствие сложной систематизации. Нередко действительно больные считают гипнотическое влияние причиной своего плохого самочувствия, но детальная бредовая разработка отсутствует. При подобной структуре бреда в высказываниях больных нет указаний на способ гипнотического воздействия, ссылок на участие в этом воздействии мозга больного, возникновение в «процессе влияния» психических или псевдогаллюцинаций, его цели и т. д. Однако нередко идея гипнотического влияния возникает в сознании больного не вообще без каких-либо деталей, а в виде ощущения воздействия на мозг, приводящего к изменению мыслительной деятельности.

Бред двойника можно рассматривать в качестве одного из своеобразных вариантов бреда преследования или бреда «заинтересованного отношения». При этой форме бреда больной убежден в существовании двойника, имеющего тождественные с ним внешний вид, стремления, чувства, проявляющего очень редко дружественные, а чаще враждебные намерения по отношению к больному. Психопатологический феномен «бред двойника» только теоретически можно связать с психологическим понятием «идентификация личности», которая заключается в мысленном отождествлении собственной личности с другим человеком [Налчаджян А. А., 1980]. Эта форма бреда сближается с бредом ложного узнавания только по некоторым феноменологическим признакам и лишена основных свойств чувственного бреда.

Дж. Каманиц и соавт. (1989) выделяют два варианта «синдрома двойника»: при первом больной считает, что не только он, но также все люди, животные и города имеют «своих двойников»; при втором речь идет о «синдроме субъективного двойника», при котором больной уверен в существовании двойника только собственной личности — «физического двойника» с удвоением также физического Я и «психического двойника» с удвоением также его психологической сущности. Авторы относят приведенные феномены к бредовому нарушению аутоидентификации личности, включающему «видеопространственные расстройства» и «параноидный» бред.

Бред двойника следует отличать от истинной аутоскопии — истинных зрительных галлюцинаций собственного образа, не

сопровождающихся бредом. Такие галлюцинации (в отличие от других видов аутоскопии, дейторископии) заключаются в том, что видимый больным его собственный галлюцинаторный образ, вполне реалистичный, «как живой», локализуется в воспринимаемом пространстве, полностью «ассимилируясь», вступая во взаимосвязь с объектами действительного окружения. Подобные феномены реже встречаются при шизофрении, чаще — при органических заболеваниях головного мозга, недоедании, переутомлении [Скворцов К. А., 1931].

Степень выраженности предполагаемых враждебных действий мнимого двойника может быть различной: от причинения физического или психического вреда организму больного до создания отрицательного общественного мнения о нем; дискредитации в глазах семьи или сослуживцев и т. п.

Механизм бредообразования, характер бредового творчества, развитие синдрома, тенденция к генерализации и систематизации позволяют отнести бред двойника к классу интеллектуального бреда.

Убежденность в существовании идентичного с больным (по всем признакам) человека, как правило, сочетается с идеями преследования и ответной агрессивностью.

Последнему вопросу посвящены исследования Г. Н. Кристодулу (1978), К. У. Пов и Т. К. Шулечка (1988). Первый наблюдал больную, проявлявшую агрессивность по отношению к двум соседкам, «принявшим ее внешность и манеры» для того, чтобы воровать, а потом «все сваливать на нее». Вторые приводят описание случая насилия, проявленного по отношению к мнимому двойнику, который, по мнению больного, своими действиями причинял вред его здоровью.

Некоторые формы бреда преследования лишены самостоятельности, поэтому их можно рассматривать скорее как его сюжетные варианты или своеобразные, необязательные, иногда казуистические элементы развития бредовой идеи. Из подобных форм мы рассмотрим эротический, островной, манихейский бред.

Эротический бред может проявляться в форме идей отношения — весь город, вся страна презирают больного за половую распущенность; идей преследования — любовники жены или отвергнутая им любовница хотят отомстить больному, оклеветать его, отравить, убить; идей физического воздействия — враги с помощью аппаратов, усыпляя ночью, воздействуют на его половые органы, вызывают эротические переживания, делают импотентом и т. п.

Э. Крепелин (1921) описал «особую форму паранойи», при которой больной убежден в том, что он является объектом чьей-то необыкновенной влюбленности. И. Н. Введенский (1934) сообщает, что Ж. Эскироль термином «эротомания» («любовный бред»), обозначал «любовные чувствования» в отличие от грубого сексуального возбуждения; французские психиатры, наоборот, рассматривают любовный бред как бред притязания, а не толкования. Г. Клерамбо (1942) рассматривает как любовный бред все случаи, когда

любовные притязания целиком или предпочтительно проявляет кто-то другой по отношению к больному, при этом эротический, любовный бред он относит к «бреду истолкования», к которому в дальнейшем присоединяются галлюцинации, чаще вербальные, и идеи преследования. Д. Е. Раскин и К. Е. Суливен (1974) отмечают, что эротомания нередко наблюдается у психически больных женщин, убежденных в том, что они оказались объектом влюбленности психиатров-мужчин, которые руководят их «мыслями, чувствами, действиями». М. Шахтер (1977) рассматривает эротоманию с позиций Г. Клерамбо, полагая, что этот синдром чаще наблюдается у психически здоровых и реже — у больных бредовой шизофренией. Почти о том же пишет М. В. Симан (1979), который отнес к эротомании больных шизофренией с феноменом «фантом возлюбленного» и психически здоровых гетеросексуальных женщин, убежденных в том, что они являются объектом влюбленности «выдающихся мужчин».

Островной бред относится к категории ассоциированных бредовых переживаний, содержание которых в той или иной степени связано с мыслями о недоброжелательном отношении к больному.

М. И. Вайсфельд (1939) разделяет островной бред на контактные и неконтактные островные идеи, относя к первым идеи, связанные с другими мыслями и воспрнятиями (не изолированные от них). По его мнению, на такие бредовые идеи можно влиять, они поддаются хотя бы частичной коррекции. Изолированные, неконтактные бредовые идеи, наоборот, не имеют никакой связи с другими идеями или восприятиями и не поддаются коррекции, так как не могут вступить в «соприкосновение с аргументами».

От контактных, по терминологии М. И. Вайсфельда, бредовых идей необходимо отграничивать *осумкованный,* монотематический бред, содержащий «ассоциативную зависимость», но не претерпевающий дальнейшего развития, как бы остановившийся на одной бредовой теме, чаще всего также связанный с мыслями о преследовании.

«Осумкованный» характер имеют также переживания, которые можно рассматривать как «пограничные» между бредовыми и бредоподобными.

Бредовой синдром «преследуемого преследователя» возникает в процессе развития бреда преследования как ответная защитная реакция на преследование, в котором больной убежден. Однако этот синдром наблюдается не во всех случаях бреда преследования, а только в тех, когда он полностью «кристаллизуется» и приобретает систематизированный характер. В. Маньян (1897) указывает на другие особенности синдрома «преследуемый преследователь». По его мнению, для такого синдрома характерны отсутствие сенсорных нарушений, навязчивость бредовых переживаний, одержимость в преследовании больного мнимыми преследователями и паранойяльная, а не параноидная структура бреда. Вначале синдром «преследуемого преследователя» не всегда конкретизирован: больного преследуют какие-то организации, какие-то группы людей, группы специалистов и т. д. Однако вскоре по мере «кристаллизации» бреда уточняются наименования преследующих организа-

ций («какой-то институт, исследующий мозг», «вражеская разведка»...) и имена или должности преследователей, а затем те и другие конкретизируются. В этом случае больной уже точно знает, что его преследует, например, «скандинавская контрразведка» или директор завода Сергеев. Такой синдром называют бредовой персонификацией.

В процессе «бредовой работы» больной иногда бредовым образом осмысливает события, недавно или давно происходившие в его личной жизни, или общественные события. При последнем варианте в сознании больного общественные события каким-то образом увязываются с его личностью. Обычно бредовое переосмысление давно происходивших событий включается в тематику бреда преследования — ретроспективный бред преследования. Судя по материалам многих психиатров и собственным наблюдениям, бред «преследуемого преследователя», несмотря на его постоянно продолжающуюся систематизацию, не имеет тенденции переходить в параноидный и парафренный периоды. В прошлом авторы, признававшие существование самостоятельного заболевания — «паранойи», относили к этому заболеванию все случаи проявления синдрома «преследуемого преследователя».

Мистический, мегаломанический бредовой синдром, или манихейский бред [Дид М., Гиро П., 1922] выражается в концепции существования противоборства «мировых сил добра и зла, бога и сатаны». Этот вид бреда не включает такие симптомы параноидного бреда, как сенсорные нарушения, но характер систематизации, фантастичность и имеющиеся почти всегда признаки переоценки собственной личности сближают его с парафренным бредом (изредка подобная симптоматика наблюдается при бредовом приступе, когда речь идет об остром парафренном, остром фантастическом бреде, преимущественно чувственном). Обязательное включение в сюжет манихейского бреда темы борьбы, «противоборства» с вовлечением в это противоборство больных сближает его с бредом преследования.

Некоторые другие формы бреда по характеру их возникновения, развития, содержанию и структуре также сближаются с бредом преследования.

Бред самообвинения, по мнению большинства психиатров, также следует рассматривать в качестве варианта бреда преследования, хотя в психопатологическом отношении он занимает промежуточное положение между так называемым депрессивным и персекуторным бредом, иногда включая в свою бредовую структуру массивную депрессивную симптоматику. М. И. Вайсфельд (1939) в качестве доказательства правильности отнесения бреда самообвинения к параноидному бреду преследования приводит тот факт, что при нем «больной преследует самого себя», т. е. оказывается одновременно преследователем и объектом преследования (что гармонирует обычно с активной депрессивной симптоматикой). Е. Н. Каменева (1940) относит

идеи самообвинения к категории бреда преследования на том основании, что они, так же как всякий бред преследования, сочетаются с идеями отношения, особого значения, воздействия, нередко галлюцинациями; первичны, не могут быть выведены из каких-либо психологических, эмоциональных или психотических состояний; сопровождаются депрессией и массивным аффектом; имеют центробежный характер, т. е. распространяются от больного на окружающих.

При психопатологическом анализе высказываний больного с бредом самообвинения нельзя уловить взаимной детерминированности идей самообвинения с идеями преследования и трудно их четко разграничить, так как они переплетаются друг с другом, обычно составляя единую композицию.

Бред самоуничижения в психопатологическом отношении почти ничем не отличается от бреда самообвинения. Некоторые авторы указывают на то, что при большом желании их можно разграничить, отнеся к бреду самоуничижения бред с минимальной персекуторной направленностью. Такие больные ни в чем себя конкретно не обвиняют, но считают, что при сравнении с другими людьми они очень проигрывают из-за своей примитивности, недостаточной образованности и культурности, отсутствия творческих способностей и т. д.

Бред обнищания включает еще меньше персекуторных компонентов, чем бред самоуничижения, или они вообще отсутствуют. Этот вид бреда скорее граничит с навязчивым страхом обнищания: больной убежден, что его будущее — беспомощное, нищенское существование, в котором никто и он сам не виноваты.

Бред самооправдания (невиновности, помилования), особенно некоторые его формы, по структуре близок к бреду самообвинения. Бред самооправдания наблюдается при диаметрально противоположных психотических состояниях: бредовой шизофрении и реактивном психозе. Шизофренический бред самооправдания в психопатологическом отношении ничем не отличается от бреда преследования, поскольку сюжет невиновности оказывается продолжением, развитием бредовых идей преследования: больной оправдывается, поскольку убежден, что его «обвиняют» и «должны наказать», а значит, преследуют. При реактивных психозах фактор преследования, например, судебного, или фактор осуждения является объективной реальностью. Бредовые идеи помилования, невиновности вторичны, и такой бред правильнее относить не к интеллектуальному, а к чувственному.

Л. И. Абрамова (1977) в подробном обзоре сообщает, что клинике синдромов «самооправдания», «помилования», «невиновности» уделяли много внимания: А. Дельбрюк (1857), Л. Кирн (1881, 1889), Е. Рудин (1901), С. С. Корсаков (1901), Э. Крепелин (1915), Е. Блейлер (1902), О. Бумке (1924, 1929), Э. Кречмер (1927), В Майер-Гросс (1932), И. Н. Введенский (1933), А. Н Бунеев (1936, 1949), Н И Фелинская (1965, 1968) и др.

Суммируя наблюдения перечисленных психиатров, касающиеся главным образом здоровых лиц и психически больных, находящихся под следствием или осужденных, автор ссылается на общепризнанные выводы о том, что выраженность изучаемых бредовых идей определяется следующими факторами особенностями психического состояния больных в момент совершения правонарушения, степенью интеллектуального дефекта, интенсивностью психотравмы, характером прогредиентности заболевания, состоянием критики при выходе из психотического статуса.

Бред особого значения, бред значения в феноменологическом отношении имеет некоторое сходство с интерпретативным бредом: больной так же, по-бредовому, трактует случайно услышанное или увиденное из происходящего вокруг. Однако можно указать на весьма существенные различия между этими формами бреда. Так, если интерпретативный бред может быть преимущественно чувственным или преимущественно интеллектуальным и нередко включает черты того и другого, то бред особого значения всегда относится к классу интеллектуального бреда. Кроме того, в отличие от интерпретативного бред особого значения имеет мономорфную, а не полиморфную структуру; основывается на дифференцированной оценке происходящего вокруг и включает лишь некоторые элементы (а не большинство) увиденного или услышанного; крайне редко использует интероцептивные ощущения; никогда не бывает случайным, отрывочным, преходящим и, как правило, входит в качестве эпизода в структуру систематизированного бреда; никогда не основывается в сознании больного на каких-либо логических или паралогических доказательствах и вообще не сопровождается желанием больного что-либо доказывать. Это, например, признание больным главного значения буквы «Я» в его жизни, или утверждение больного о том, что предложение ему закурить махорку означает обвинение в терроризме, а предложение папирос, одной, двух или трех штук, свидетельствует об обвинении в шпионаже в пользу одного, двух, трех государств, или фиксация больного на постукивание врача по столу, которое он принимает за передачу «морзянки».

Е. Н Каменева (1957) по феноменологическим признакам выделяет три варианта бреда особого значения «выявление» в высказываниях окружающих наряду с обычным иносказательного смысла, трактуемого по-бредовому; бредовое восприятие темпа, громкости, структуры речи собеседника; бредовое восприятие слов, жестов и движений окружающих, которым больной придает особое значение.

В заключении раздела, посвященного синдромам интеллектуального бреда, следует еще раз подчеркнуть, что разделение всех бредовых форм на чувственные и интеллектуальные условно.

Речь идет о том, что в структуре интеллектуального бреда всегда можно обнаружить «чувственные переживания», а в структуре чувственного бреда — признаки интеллектуального

бреда. В связи с этим при дифференциации этих форм бреда равнозначной оценке подлежат психопатологическая структура синдрома и закономерности его развития.

Паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы

Дифференциация бреда, выделение различных психопатологических синдромов и определение нозологической принадлежности каждого из них до настоящего времени остаются одними из наиболее сложных в теоретическом и практическом отношении проблем. Соответствующие дискуссии привлекали внимание психиатров тогда, когда наибольшее значение придавали психопатологическим исследованиям. В последние десятилетия, главным образом под влиянием американской психиатрической школы, интерес к «психопатологической психиатрии» заметно уменьшился и одновременно внимание психиатров сконцентрировалось на нозологической, психолого-психиатрической и психофармакологической проблемах. Такой «галилеевский поворот» в психиатрической науке можно объяснить, с одной стороны, сформировавшейся убежденностью в непознаваемости сущности нормального и патологического мыслительных процессов, а с другой — чисто прагматическим подходом к клинической психиатрии. Первому способствовал тот факт, что изучение патологии мышления зашло в тупик, а второму — расцвет психотропной терапии. Подходя к данной проблеме несколько упрощенно, можно согласиться с тем, что эффективная терапия психозов имеет преимущество над умозрительной и бесперспективной попыткой познать их сущность. Вместе с тем симптоматический механизм действия психотропных препаратов, способствуя излечению (иногда полному, иногда частичному) экзогенных психозов, при шизофрении обусловливает остановку (ремиссию) шизофренического процесса. При этом, так же как при инсулинотерапии или сульфазинотерапии, остается почти неизвестным механизм воздействия психотропных препаратов на патологически измененный мыслительный процесс (в частности, при бредовой шизофрении).

Возвращаясь к проблеме психопатологической дифференциации бредовых синдромов, отметим, что основная дискуссия, касающаяся бредовых синдромов, посвящена следующим вопросам:

а) отличаются ли принципиально друг от друга паранойяльный, параноидный, парафренный бредовые состояния?

б) можно ли считать паранойяльное, параноидное, парафренное состояние самостоятельными формами бреда или это периоды развития единого «интеллектуального бредового синдрома»?

в) обладают ли паранойяльный, параноидный, парафренный бредовые синдромы нозологической типичностью или специфичностью, в частности, насколько обоснованно признание «пара-

нойи» в качестве самостоятельного психического заболевания?

В связи с отсутствием бесспорных убедительных доказательств правильности того или иного ответа на перечисленные вопросы целесообразно изложить основные позиции ученых по этим вопросам.

Дифференциация бредового симптомокомплекса вообще и шизофренического (при непрерывной форме течения), в частности на паранойяльный, параноидный и парафренный периоды в той или иной модификации давно принята психиатрами.

Э. Крепелин (1915) выделяет в развитии бреда периоды параноический, парафренный и бредовой фантазии. В. Н. Мясищев (1958) видит в учении о бреде невропатический, параноический и параноидный аспекты. А. Клод и А. Эй (1930) различают паранойяльный, параноидный и парафренный этапы бреда

Известная сложность сопоставления высказываний разных авторов по поводу рассмотренных выше бредовых состояний связана с тем, что одни рассматривают эти состояния как самостоятельные бредовые синдромы, а другие — как этапы развития бреда, главным образом шизофренического. Кроме того, все еще высказываются противоречивые суждения по поводу включения перечисленных синдромов в структуру какого-либо психического заболевания или признания каждого из этих синдромов самостоятельной нозологической формой. Проблема нозологической самостоятельности прежде всего касается паранойяльного симптомокомплекса, признаваемого одними психиатрами только синдромом болезни, а другими самостоятельным заболеванием — «паранойей».

Параноя. Большинство психиатров, принимавших участие в дискуссии, проводившейся на страницах печатных изданий, посвященной паранойе, автором этого термина или во всяком случае основоположником учения о паранойе называют Э. Крепелина (1896), однако термин «паранойя» был известен до него.

По сведениям Ю. В. Каннабиха (1928), первым клиническое описание паранойи привел В. Зандер (1862), который рассматривал ее как постепенно, «наподобие характера», развивающийся бред и назвал это заболевание «прирожденной паранойей». Приведенному утверждению противоречит мнение Я. М. Когана (1941), который отдает приоритет в описании паранойи флорентийскому врачу Чиаруки (1795), считавшему, что в основе указанного заболевания лежит «идиопатическое поражение сенсориума», выражающееся в неспособности больного к умозаключению. По сведениям того же автора, идентичной паранойе Крепелина, Ж. Эскироль (1838) считал «мономанию», при которой больные, исходя из ложной, ошибочной посылки, путем правильных, логических заключений приходят к выводам, соответствующим первоначальной ложной посылке. Вне этих выводов, влияющих на волевые акты и поведение больных, они рассуждают и действуют нормально. И. Я. Коган указывает, что термин «паранойя» для обозначения самостоятельного первичного заболевания используют Снелль Л. (1865), Гризингер В. (1867), Вестфаль К. (1876), Шюле Г. (1878), Крафт-Эбинг Р. (1879) Мейнерт Т. (1881).

С. С. Корсаков (1901) выделяет три типа острой паранойи: первый тип близок к современной галлюцинаторно-параноидной форме («гиперфантастическая паранойя»), второй — бредовой ипохондрической форме («острая паранойя»), третий — к формам, характеризующимся острым параноидным бредом, сопровождающимся помрачением сознания («аменция»). По клиническим проявлениям «паранойя» западных психиатров почти соответствует «идеофрении» В. Х. Кандинского (1880, 1885). Однако наиболее полное клиническое описание психоза, называвшегося «паранойей», дал Э. Крепелин (1896, 1912). В отличие от упоминавшихся ранее психиатров, уделявших главное внимание синдромо-логическому описанию психозов, он представил паранойю в нозологическом плане, выделив конфабуляторную и фантастическую форму заболевания Характерными свойствами паранойи Э Крепелин называет конституциональное предрасположение; развитие стойкого систематизированного бреда; отсутствие галлюцинаций; адекватность эмоций и зависимость их от содержания бреда, упорядоченное мышление; сохранность памяти, внимания, формальных способностей; отсутствие исхода в слабоумие; хроническое течение, развитие бреда, чаще преследования, иногда ревности, величия и т д П Б Ганнушкин в монографии «Острая паранойя» (1904) подчеркивает, что речь идет не о самостоятельной нозологической форме, а о симптомокомплексе, проявляющемся в двух вариантах — остром и хроническом Он соглашается с Э Крепелиным в том, что для возникновения паранойи имеет значение конституциональная готовность, а основным в структуре этого заболевания является бредовая система с соответствующей интерпретацией происходящего вокруг и влиянием бреда на поведение больных. Однако в отличие от Э Крепелина П. Б Ганнушкин пишет о своеобразном нарушении мышления при паранойе, вероятности эпизодического «затемнения» сознания, нарушений восприятий, конфабуляций, эгоцентричности бредовой концепции.

В последующем одни авторы под влиянием нозологической концепции Э. Крепелина и учения о шизофрении Е. Блейлера настаивают на отнесении этого заболевания к форме раннего слабоумия—шизофрении [Суханов С. А., 1908; Бирнбаум К., 1910; Блейлер Е., 1911; Ланге И., 1924; Гейер Т. А., 1925; Янцарик В., 1968; Губер Г., Гросс Г., 1977], другие считают паранойю самостоятельной нозологической формой [Чиж В. Ф., 1911; Осипов В. П., 1931; Вовин Р Я., 1970; Аструп К., 1978], третьи признают паранойю не болезнью, а патологическим состоянием [Коган Я. М , 1941] или своеобразным «паранойяльным» психопатологическим развитием [Кречмер Э., 1950; Бассью У., 1973], наконец, четвертые разделяют все случаи паранойяльного бреда на относящиеся к «паранойе» и к шизофрении. А Б. Смулевич и М. Г. Ширина (1972) сообщают, что ряд авторов все случаи паранойи относят к шизофрении, другие, учитывая значимость патологического аффекта в картине заболевания, считают паранойю циркулярным психозом или, основываясь на своеобразной комбинации симптомов, признают это заболевание эндогенным психозом, занимающим промежуточное положение между шизофренией, маниакально-депрессивным психозом и психопатией

Особое место в дискуссии по поводу паранойи занимают психиатры, выделившие так называемую инволюционную паранойю [Розенберг А. З.]. Под этим названием К. Клейст (1913) описал бредовой синдром, возникающий в позднем возрасте, основывающийся на галлюцинациях, соответствующий им по содержанию и представляющий собой аутохтонное усиление конституциональной гипопараноической структуры.

Психиатры, ведущие дискуссию по поводу паранойи, занимают альтернативные позиции: «паранойя»— болезнь, входящая в группу шизофрении, в ее паранойяльную форму, или «паранойя»— следствие своеобразного формирования психопатического развития.

А. Б Смулевич и соавт. (1972, 1982) отстаивают позицию психиатров первой четверти текущего столетия, считавших паранойю самостоятельным заболеванием, которое, по их мнению, характеризуется медленным развитием, систематизированным бредом, не вызывающим внутренних противоречий, сопровождающимся полным отсутствием сознания болезни и интеллек-

туальной сохранностью. Их вывод о нозологической самостоятельности паранойи основывается на отсутствии прогредиентности течения и наследственной отягощенности.

Вопреки приведенным выводам, большинство авторов относят паранойю к одному из своеобразных вариантов паранойяльного синдрома шизофренического психоза. С указанным представлением можно согласиться, если признавать шизофрению единой болезнью, а не сводной группой относительно самостоятельных заболеваний.

Паранойяльный синдром (период). Симптомокомплекс, обозначаемый термином «паранойяльный», в теоретическом и дифференциально-диагностическом плане представляется наиболее сложным. Указанная сложность обусловлена тем, что в группу паранойяльных заболеваний нередко включают разнородные в психопатологическом и нозологическом отношениях состояния, объединенные одним или несколькими формально-феноменологическими признаками. Этим можно объяснить тот факт, что паранойяльные психозы в настоящее время, как пишет А. Б. Смулевич (1987), рассматривают в пределах трех нозологических классов; шизофрении, патологического развития личности и паранойи как самостоятельного заболевания.

К признакам, характеризующим паранойяльный синдром, правомерно в первую очередь отнести: отсутствие помрачения сознания и прогредиентного снижения интеллекта; склонность к болезненной (но не всегда бредовой) интерпретации происходящего вокруг; тенденцию к логической разработке собственных наблюдений (объективных и интерпретативных), их обобщение и систематизацию. Принципиальное различие паранойяльных состояний состоит в наличии и характере качественного нарушения мышления, существовании формирующегося или сформировавшегося бреда (не сверхценных и не бредоподобных идей, а бреда).

Формально-феноменологическими мы называем критерии, объединяющие паранойяльный симптомокомплекс, потому что непомраченное сознание бывает также при параноидном и парафренном синдромах, а отсутствие нарастающего слабоумия нередко встречается при параноидном синдроме. Кроме того, склонность к болезненной, в частности бредовой, интерпретации происходящего вокруг и систематизации умозаключений наблюдается также при параноидной и парафренной формах бреда.

По нашему мнению, дифференциацию паранойяльного симптомокомплекса можно проводить, выделяя три его принципиально различные формы: паранойяльные состояния, паранойяльные реакции, паранойяльный бред.

Паранойяльное состояние — это врожденное, конституциональное, нередко генетически обусловленное, характерологическое свойство личности. Это «свойство» вполне совпадает с тем, что прежде называли дегенерацией личности, а затем психопатией, в частности паранойяльной психопатией.

Паранойяльные состояния могут быть относительно стабильными на протяжении многих лет и оцениваться как контрастные характерологические особенности. В большинстве же случаев эти состояния претерпевают изменение («психопатическое развитие личности»), выражающееся в усугублении характерологических особенностей, не приобретающих, однако, признаков бреда. Такое «развитие» отдельных черт характера может происходить генуинно — без видимой причины, но может быть связано с различными экзогенными факторами. К последним относятся социальные факторы — неблагоприятная окружающая среда, плохое материальное обеспечение и бытовые условия и опосредованные соматогенные факторы — алкоголизм, травматическое поражение центральной нервной системы, органические заболевания мозга и другие хронические болезни. Наряду с этим паранойяльные психопатические особенности характера постепенно становятся более выраженными по мере старения организма, нарастания церебрального атеросклероза и снижения способности к критической коррекции характерологических особенностей.

Многие авторы перечисляют различные сочетания конституциональных и преморбидных особенностей личности, «предрасполагающих к возникновению и развитию тех или иных вариантов паранойяльного синдрома».

Н. С. Молоденков (1925) цитирует Э. Крепелина, считавшего, что «в основе характера будущих паранойяльных больных лежит повышенное чувство личности, чем объясняются, с одной стороны, широкие жизненные планы, лежащие в основе бредовых идей величия, с другой — большая ранимость и неустойчивость в борьбе за существование, особая уязвимость по отношению к трудностям жизни», а также «параноическая психика» с примитивностью мышления, эгоцентризмом, склонностью к фантазированию.

А. Н. Молохов (1934), признавая спорным вопрос о существовании параноической конституции, называет (со ссылкой на разных авторов) следующие ее проявления· добродушие, скромность, склонность к рефлексии, неуверенность, боязливость, совестливость, повышенное самомнение, эгоцентризм, живость воображения, эмоциональную возбудимость, интеллектуальную недостаточность, фантазирование, мечтательность или скептицизм подчиняемость, трусливость, замкнутость, склонность к одиночеству, чудачество, оригинальное острое восприятие с причудливыми взглядами и суждениями, склонность к антисоциальному поведению, скандалам, доносам, травле, инфантилизм, атавистичность. Особняком стоит кречмеровское описание «паранойи совести», «паранойи борьбы», «паранойи желания».

А. Я. Левинсон считает, что одна из разновидностей паранойяльного синдрома возникает в процессе «витализации» сверхценного бреда

Обобщая данные разных авторов и собственные клинические наблюдения, среди свойств характера психопатической личности, склонной к паранойяльным построениям, мы можем назвать: недоверчивость, мнительность, подозрительность; привычку многократно анализировать и нередко относить на свой счет высказывания окружающих; эгоизм и эгоцентризм; тенденцию к активной деятельности, активному и быстрому реагированию на происходящее вокруг; настойчивость, стеничность при чувстве

неуверенности в себе и постоянную готовность к «самозащитной» контратаке, стойкость аффекта; самостоятельность, подчеркнутую независимость мнений и негативное отношение к мнению других; упрямство, обидчивость, болезненное самолюбие, ревнивость, злопамятность, черствость, переоценку собственных достоинств; категоричность суждений и в большей или меньшей степени выраженную неспособность к компромиссам; интеллектуальную ограниченность с отсутствием чувства юмора; наличие в характере «эпилептоидных включений».

Следует подчеркнуть, что перечисленные особенности личности еще более выражены в преморбиде больных с паранойяльными реакциями и паранойяльным бредом. При этом в клинической практике выявляются разнообразные комбинации указанных особенностей личности. Вместе с тем наличие одного или нескольких перечисленных свойств в личности не позволяет признать личность паранойяльной. Совокупность этих свойств дает основание для диагностики «состояния» — «патоса», а не болезни — «нозоса».

Паранойяльный синдром при органических заболеваниях, как правило, возникает на фоне психопатического развития, обусловленного нарушениями органического, в частности травматического, генеза. Такие паранойяльные синдромы А. Н. Молохов (1934) наблюдал также при эпилептической болезни. А. Б. Смулевич и М. Г. Ширина (1968) находят зависимость между характером паранойяльных состояний и перенесенной задолго до того «вредностью», вызвавшей органическое поражение мозга. Ссылаясь на П. Бернера, они указывают на известную корреляцию между давно перенесенным органическим заболеванием, включая родовую травму, и изменением, вызванным тогда в психической сфере и характере, с развившимся при определенных условиях паранойяльным состоянием. Это подтверждается развитием в таких случаях органического заболевания и отсутствием прогредиентности паранойяльных переживаний. При этом органическое заболевание мозга (травматическое, специфическое и др.), по мнению авторов, вызывает развитие паранойяльных состояний, сопровождающихся прогрессированием снижения интеллекта и нарастанием органического слабоумия. Самостоятельность алкогольных и инволюционных паранойяльных состояний они считают сомнительной, полагая, что алкоголь «лишь провоцирует выявление латентной шизофрении», а инволюционная паранойяльная симптоматика наслаивается на длительную шизофреническую ремиссию. Последний тезис полностью противоречит нашим наблюдениям, согласно которым длительная алкогольная интоксикация и инволюционные нарушения, сопровождающиеся прогрессирующей органической симптоматикой, могут привести, так же как любое другое органическое или травматическое заболевание мозга, к психопатизации личности и последующему развитию паранойяльного состояния.

Паранойяльные, или параноические, реакции обычно возникают в связи с воздействием психогенно-травмирующего фактора или ситуации. Психогенно-травмирующим фактором может быть не только психогения, но также соматическое заболевание или угроза развития соматического заболевания, опосредованно оказывающаяся психогенно-травмирующим фактором.

Паранойяльные реакции, как правило, наблюдаются у психопатических личностей, у которых отмечаются паранойяльные особенности характера и склонность к формированию паранойяльных состояний. Можно согласиться с М. И. Лукомской (1977) в том, что паранойяльные реакции, возникающие у психопатических личностей в птихотравмирующей ситуации, на первом этапе заключаются в трансформации характерологических черт в виде эпитимности и паранойяльности при усилении аффекта. Феноменологически паранойяльная реакция всегда имеет признаки сверхценных или бредоподобных образований. В отличие от паранойяльных состояний при паранойяльных реакциях прежде всего возникают в большей или меньшей степени выраженная некритичность к собственным переживаниям и элементы бредоподобных интерпретаций, однако сохраняются закономерности психопатического развития. Иными словами, отмечается усугубление психопатических черт характера и «накопление» паранойяльной симптоматики, отсутствует лишь новое качество — самостоятельный бредовой симптомокомплекс, составляющий этап, период развития бредового психоза и подчиняющийся типичным или специфичным для этого психоза закономерностям. Психопатологические симптомы при паранойяльных реакциях, кроме некритичности, выражаются в несоответствии сюжета реакции вызвавшей его причине, паралогичности суждений (тематически связанных с содержанием реакции), неадекватности аффекта, а также в большей содержательности и сложности интерпретативной переработки внешних впечатлений.

Большой интерес представляют выводы В. В. Королева (1975) об особенностях паранойяльных реакций в подростковом возрасте. Он отмечает, что эти реакции, отличаясь склонностью к рецидивированию, встречаются крайне редко в возрасте 14—15 и 18—20 лет и частота их постепенно повышается, начиная с 23 лет. Далее автор подчеркивает, что паранойяльные реакции обычно развиваются на почве, характеризующейся значительным полиморфизмом: при наличии в анамнезе аномалий влечений, расстройства аффективного уровня, незначительного удельного веса идеаторных расстройств. При этом паранойяльные реакции после чисто психопатических (аномалии поведения, разрушительные тенденции, агрессивность) могут по случайным или психогенным причинам развиваться на идеаторном уровне.

Сензитивный бред отношения представляет собой один из вариантов паранойяльной реакции.

К. Ясперс (1910) привел описание такой реакции при бреде ревности в виде сочетаний идей ревности с определенными «внутренними и внешними» факторами. Э. Кречмер (1918), предложивший термин «сензитивный бред отношения», по мнению С. Г. Жислина (1949), говорит о характерологических параноических, а не о ситуационных реакциях. Сам С. Г. Жислин под этим термином понимает параноическую реакцию на психогенно-травмирующую ситуацию при наличии личностных особенностей больных и фактора, облегчающего ее развитие; типа контузии, вызвавшей «травматическую слабость». Указанная «реакция», по его утверждению, выражается в «острой» клинической симптоматике, возникающей при конституционной предрасположенности, ситуационной обусловленности и протекающей нередко с нарушением сознания. Эта «реакция» может также «развиваться годами», приобретая хроническую форму с периодическими обострениями. К паранойяльным реакциям С. Г. Жислин относит также тюремный психоз и психоз, возникающий в чуждой иноязычной среде, причем он считает, что для возникновения любой паранойяльной реакции важно наличие какого-либо обращающего на себя внимание физического недостатка, длительной конфликтной ситуации, сложившейся в быту, на работе, внутри семьи; имеет также значение соматогенная почва и длительность воздействия вредностей.

Р. Я. Вовин (1959) соглашается с Э. Кречмером в том, что бред отношения может сопровождаться сензитивной или стенической реакцией. Г. Губер и Г. Гросс (1977) в клиническую картину сензитивного бреда отношения включают: болезненную реакцию на малейшую некорректность (особенно в сексуальной сфере); дисгармонию между личностью, средой и переживаниями; связанность бредового сюжета с нередко наблюдающейся трансформацией параноидальной реакции в шизофренический процесс.

Паранойяльный бред характеризуется различными главными и второстепенными признаками.

Е. Блейлер (1921) считает, что бред параноиков можно трактовать как психическое образование, представляющее собой преувеличение нормальных процессов и возникающее «на почве предрасположения к паранойе». При этом отмечаются многогранность аффективной сферы, переоценка собственной личности, конфликт между переоценкой и чувством недостаточности, некоторый относительный перевес аффективной сферы над интеллектуальной. А. Н Молохов (1934) соглашается с П. Б. Ганнушкиным в том, что паранойяльные бредовые (или сверхценные) переживания заполняют всю психику больного.

О. Е. Фрейеров (1970) подтверждает правильность высказываний А. Эя о том, что при паранойяльном бреде наблюдаются связное изложение сюжета с его прогрессирующей систематизацией, переплетение «нормальных» механизмов психики с «болезненными», эмоциональная сохранность. Общими признаками паранойяльного формирования бреда, по его мнению, являются интерпретативный и монотематический характер построений; формальная изолированность болезненных переживаний от сохранных проявлений психики; связь бредового сюжета с предшествующими сверхценными идеями и объективными или реальными событиями; стройность доказательств больного и его убежденность в высказываемых идеях; длительная профессиональная сохранность больного; наличие логической связи между идеями реформаторскими, величия и преследования; особенности аффекта — стойкость, ригидность, ограниченная направленность, значительная сила и неадекватность вызвавшей причине и др.

И. Я Завилянский и В. М Блейхер (1979), повторяя данные другими авторами основные характеристики паранойяльного бреда, добавляют и уточняют, что этот бред опирается на ложную посылку при «формально правильной» системе доказательств; обусловлен главным образом нарушением «абстрактного отражения» внутренней и внешней среды; сопровождается большим количеством иногда весьма убедительных доказательств. В. М. Блейхер (1983) относит к «систематизированному паранойяльному

бреду»: собственно паранойяльный — процессуальный, паранонический — психогенно- и конституционально-обусловленный, а также систематизированный и парафренный бред. Г. Л. Лора (1979) сообщает, что французская психиатрическая школа различает галлюцинаторно-бредовые синдромы и паранойю, которая характеризуется предрасположенностью к заболеванию, интеллектуальной сохранностью и отсутствием галлюцинаций. Автор различает интерпретативный и паранойяльный бред и «бред покорности» (психогенной, а не процессуальной природы), а также преходящие паранойяльные эпизоды с ведущим интерпретативным компонентом, наблюдаемые при некоторых формах алкогольных, инволюционных и других психозов.

Разные авторы называют следующие темы и сюжеты паранойяльного бреда: изобретательство, кверулянство, самообвинение [Каменева Е. Н., 1957]; реформаторство, ревность, ипохондрия, сутяжничество [Фрейеров О. Е., 1970]; преследование, колдовство, порча, ущерб, умышленное причинение физического и морального вреда [Морозов Г. В., 1988].

По характеру течения паранойяльного бреда принято различать: абортивную форму [Ганнушкин П. Б., 1904]; острый паранойяльный синдром с ограниченным по времени, возникшим путем озарения интерпретативным бредом, наблюдаемый при шизофреническом приступе, и хронический паранойяльный синдром, характеризующийся прогредиентным развитием бреда, систематизацией и расширением его содержания, отсутствием выраженных аффективных расстройств, нарушением мышления в виде монотонности, обстоятельности, нарастающего дефекта [Снежневский А. В., 1983]; хронический паранойяльный синдром с постепенным возникновением и развитием моно- или политематических бредовых переживаний и острый паранойяльный синдром, развивающийся приступообразно, включающий интерпретативный бред, сочетающийся с элементами образного бреда при систематизации бреда «только в общих чертах» [Морозов Г. В., 1988].

На основании данных литературы и собственных наблюдений можно прийти к выводу о том, что паранойяльный бред характеризуется: склонностью к систематизации; интерпретативным характером элементов содержания; преимущественно идеями отношения, преследования, ревности, переоценки собственной личности; отсутствием помрачения сознания и сенсорных расстройств; паралогичной оценкой объективной ситуации, неколебимой убежденностью в правильности собственных умозаключений и выраженным нарушением критики; нередко значительным аффективным сопровождением.

Бред, характеризующийся основными свойствами паранойяльного, в одних случаях приобретает признаки течения первоначального этапа (периода) сложного бредового психоза, в других — лишен тенденции к генерализации, появлению качественно новой симптоматики и внешне сходен с самостоятельно развивающимся психозом. Многообразием клинической симптоматики паранойяльного бреда, особенностями его проявления и течения объясняется разный подход к оценке и квалификации этого симптомокомплекса в психиатрической литературе.

Теоретически, умозрительно можно представить следующие варианты нозологической квалификации форм паранойяльного бреда: форма, при которой основное психическое заболевание, включающее четко следующие друг за другом периоды, или стадии, бредового развития, находится в паранойяльной стадии и, возможно, в будущем перейдет в параноидную стадию; форма,

при которой основное психическое заболевание остановилось на параноидальной стадии и не отмечается тенденции к его последующему развитию; форма самостоятельного своеобразного психического заболевания, проявляющегося только в виде параноидального бреда и не имеющего тенденции к последующему развитию в параноидный бред.

А. Б. Смулевич (1987) в зависимости от характера течения бредовой шизофрении выделяет четыре ее варианта (типа): хронический бредовой психоз с систематической эволюцией — вариант параноидной шизофрении, ограниченный этапом систематизированных идей преследования без галлюцинаций и явлений психического автоматизма; хронический параноидальный психоз, протекающий с явлениями сверхценного бреда,— вариант малопрогредиентной шизофрении; мягкая паранойя, — психогенно спровоцированное параноидальное состояние, формирующееся (по типу параноидального развития) у больных латентной (?) шизофренией, паранойя в узком понимании этого термина в соответствующей современной нозологической систематике бредовых психозов — психоз со стойкой бредовой системой, возникающий у лиц с конституциональной предрасположенностью, выраженными параноическими и шизоидными чертами (без признаков заметной прогредиентности и нарастания шизофренического дефекта).

Не возвращаясь более к дискуссии по поводу единства шизофренического психоза или его сводного, группового характера, отметим, что параноидальный бред на разных стадиях развития шизофрении имеет существенные различия, которые лишь частично отражают его прямую зависимость от хронологического фактора, т. е. формальной продолжительности болезни. Наиболее типичными признаками параноидального бредового синдрома можно считать идеи отношения, характеризующиеся тенденцией к систематизации и имеющие интерпретативную структуру; отсутствие галлюцинаций; иногда иллюзорный характер интерпретируемых восприятий; отсутствие критики с изредка сохраняющимися критическими сомнениями.

Параноидальный бред очень часто ограничивается только идеями отношения, которые приходится дифференцировать от иллюзий. Вопрос об иллюзорных переживаниях, входящих в параноидальный синдром, весьма спорный, что связано с равновероятностью двух вариантов психопатологической оценки этого феномена. Так, можно предположить, что первоначально возникают бредовые идеи отношения, в свете которых интерпретируется все происходящее вокруг, следовательно, иллюзорные переживания в данном случае нельзя рассматривать как истинные, представляющие собой патологию восприятий. При втором варианте допускается, что первоначально в переживаниях больного появляются действительные иллюзии, отражающие нарушение восприятий, и бред отношения основывается на этих иллюзиях. По нашему мнению, более правомерен первый вариант. В его пользу также свидетельствует характер критических сомнений, касающихся иллюзорных восприятий.

Параноидальная структура бредового синдрома часто сохраняется на протяжении всего заболевания, несмотря на его дли-

тельное приступообразное течение. В этих случаях прогредиентность заболевания выражается не в усложнении бреда, ограничивающегося идеями отношения, а в появлении интеллектуальных и эмоциональных (обычно депрессия) нарушений и повышении роли зрительных иллюзий, подвергающихся интерпретативной переработке.

Идеи околдования и отравления не имеют самостоятельного значения, не подвергаются дальнейшей разработке и развитию, остаются второстепенными. Вместе с тем иногда ведущую роль в структуре паранойяльного бреда играют идеи ревности. В этих случаях мысли об отравлении или околдовании включаются в интерпретативную разработку идей ревности.

Паранойяльный бред иногда сопровождается обсессивными переживаниями, которые органически связаны с идеями отношения. В подобных случаях сюжет идей отношения, сохраняющих интерпретативную природу и тенденцию к систематизации, больше связан не с иллюзорными восприятиями, а с содержанием навязчивости.

Галлюцинаторные переживания, особенно входящие в структуру бреда, нехарактерны для паранойяльного синдрома. Однако наблюдаются случаи, когда на протяжении всего заболевания или в поздних его стадиях возникают галлюцинации, по содержанию соподчиненные общей интерпретативной структуре бреда.

Присоединение галлюцинаторных переживаний к паранойяльному бреду, как правило, свидетельствует о его переходе в параноидный бред. При этом можно наблюдать все существующие в психиатрической клинике этапы возникновения сенсорных нарушений. Так, признаками перехода паранойяльной стадии болезни в параноидную служат появление или усиление иллюзий и особенно элементарных галлюцинаций, по смыслу не имеющих отношения к паранойяльному бреду, причем иллюзорные обманы нередко встречаются в самом начале паранойяльного бреда. Иногда в клинической картине дебюта заболевания одновременно отмечается паранойяльная и параноидная симптоматика, например постепенно систематизирующиеся идеи отношения, иллюзии, галлюцинации и бред болезни. В подобных случаях всегда можно с уверенностью говорить о параноидной структуре бреда, хотя галлюцинаторные переживания не имеют смысловой связи с бредом.

Возникновение на фоне только паранойяльной симптоматики нечетких предположений о непонятной собственной зависимости от окружающих и неопределенной ксенопатической проекции «внезапно появляющихся в голове мыслей» наряду с отмеченной ранее симптоматикой всегда свидетельствует о переходе паранойяльной стадии заболевания к параноидной.

Некоторые авторы признают возможность параноического бредообразования не только при шизофрении, но также при органических заболеваниях головного мозга, чаще травматиче-

ского характера [Фрейеров О. Е., 1970]. В тех случаях, когда паранойяльный бредовой синдром является стадией развития шизофренического процесса, он нередко постепенно переходит в параноидный синдром в течение того же обострения или возникает при повторном обострении заболевания.

Параноидный бредовой синдром. Бредовое состояние, обозначаемое термином «параноидный бред», может представлять собой синдром любого психического заболевания (возникшего и протекающего без ведущей роли помрачения сознания) или период, стадию прогрессирующего шизофренического психоза.

Параноидный синдром — это «первичный», «интеллектуальный» развивающийся бред, характеризующийся непомраченным сознанием; интерпретативными построениями, структурной целостностью со склонностью к генерализации бредовых переживаний, включением сенсорных нарушений в виде иллюзий, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, сюжетно связанных с бредом. Основными психопатологическими особенностями параноидного бреда можно признать: «первичность», преобладание бредовых идей при полном отсутствии (в отличие от паранойяльного бреда) логических оснований для бредовых построений, суждений и умозаключений; отсутствие зависимости содержания бредовых идей от мыслей больного, а также относительная независимость содержания бредовых идей от событий, происходящих вокруг и имеющих отношение к больному; невозможность установить или предположить источник (повод, посылку) бредовой концепции и неспособность больного после наступления ремиссии указать на такой источник; наличие иллюзорных, галлюцинаторных, псевдогаллюцинаторных переживаний, по содержанию соответствующих бреду; наличие интимной связи галлюцинаторных и бредовых феноменов с механизмом психического автоматизма или, вернее, возникновение и формирование иллюзий, галлюцинаций, бреда по механизму психического автоматизма.

Обычно к параноидным относят идеи преследования, физического воздействия, причинения морального ущерба, тяжелой болезни.

П. Б Ганнушкин (1904) к параноидным идеям причисляет бред помилования у осужденных на долгий срок, индуцированное помешательство и бред тугоухих Последний он рассматривает не как реакцию в узком смысле слова, а как результат своеобразного развития личности. М. И. Вайсфельд (1939) делит параноидные явления на галлюцинации, непосредственные первичные идеи, системы и резидуальные идеи. Первичные параноидные идеи бывают ассоциированными с чем-либо и ни с чем не ассоциированными; непосредственные первичные параноидные идеи возникают внезапно, а параноидные рассуждения или системы развиваются постепенно; первичные идеи «быстротечны», склонны к персеверациям, взаимно не связаны; «критериями параноидности» правильно признавать несоответствие действительности и интенсивность переживаний, «процесс диффузии» (генерализации), превращающий степень несоответствия идей преследования действительности из относительной в абсолютную, и пассивность параноидных иллюзий.

И. Я. Завилянский и В. М. Блейхер (1979) признают характерными для параноидного бреда: нелепость содержания; проявление на фоне других психических расстройств; несоответствие бредовых высказываний предшествующему жизненному опыту больного; недоступность бреда логическим разубеждениям и какой-либо психологической коррекции. Л. М. Шмаонова (1982) различает бредовой (психический автоматизм мало выражен) и галлюцинаторный (основное значение имеют псевдогаллюцинации) варианты параноидного синдрома. Г. В. Морозов (1988) понимает параноидный синдром (галлюцинаторно-параноидный, галлюцинаторно-бредовой синдром) как сочетание интерпретативного или интерпретативно-образного бреда (преследования, отравления, нанесения физического и морального вреда и т. д.) с сенсорными расстройствами в форме психических автоматизмов с вербальными галлюцинациями.

Наиболее постоянным основным признаком параноидного бреда является интерпретативный характер его построения. При этом у одного и того же больного можно наблюдать правдоподобные и нелепые интерпретации, соответствующие правдоподобным и неправдоподобным иллюзиям, а следовательно, параноильяльные и параноидные элементы бреда.

В процессе развития параноидного бреда бредовые интерпретации полностью теряют сходство с правдоподобными идеями отношения (если они прежде были) и приобретают все более нелепый характер. Интерпретативные бредовые построения иногда в дебюте заболевания или приступа, в некоторых случаях в процессе его развития, приобретают все признаки параноидного бреда преследования, часто сопровождаются депрессией, суицидальными мыслями, галлюцинациями и псевдогаллюцинациями.

Таким образом, идеи отношения, характерные для параноильяльного бреда, нередко сохраняются при параноидном бреде, но не являются ведущими. Идеи величия, достаточно характерные для последующей парафренной стадии бреда, не типичны для параноидной стадии. Если галлюцинаторные переживания, сюжетно связанные с бредом, в параноильяльной стадии не встречаются, то для параноидной они типичны, но не облигатны. Обычно галлюцинации, как уже отмечалось, «переплетаются» с бредовыми переживаниями, составляя с ними единый сюжет, поэтому правомерно говорить не о параноидном, а о *галлюцинаторно-параноидном синдроме*. Вербальные галлюцинации могут отмечаться на протяжении всего периода развития параноидного синдрома, но чаще всего встречаются в начале его развития или в начале очередного обострения заболевания.

В ряде случаев заболевание сразу начинается с параноидной стадии. При этом идеи отношения быстро приобретают заметный оттенок идей преследования, подкрепляемых, например, при бреде отравления бредовыми иллюзиями, обонятельными и вкусовыми галлюцинациями. Обонятельные галлюцинации, так же как вкусовые, всегда свидетельствуют о параноидной, а не параноильяльной структуре бредового психоза, хотя дифференцировать их не всегда легко.

Без колебаний можно квалифицировать как параноидный бредовой синдром, в структуре которого бредовые идеи интимно связаны с псевдогаллюцинациями, психическими галлюцинациями и другими выраженными проявлениями феномена психического автоматизма, например в виде галлюцинаций общего чувства. Во всех подобных случаях главное место в картине психоза занимают идеи преследования.

Почти все авторы согласны с тем, что развитие параноидного синдрома может быть острым и хроническим. Интенсивность развития бредовой симптоматики при ее внезапном возникновении и постепенном развитии может быть различной независимо от темпа, последующего течения психоза, быстроты и глубины формирующегося дефекта.

Некоторые авторы подчеркивают медленное развитие параноидных форм со спонтанными ремиссиями и исходом в эмоциональную тупость, разорванность мышления, уплощение мыслительной продукции [Перельман А. А., 1944]; параноидный характер бреда, его медленное развитие, некоторую тенденцию вначале к систематизации, а затем к фрагментарности и нелепости [Глазов В. А., 1965]; бурное развитие галлюцинаторного и галлюцинаторно-параноидного синдромов в случаях присоединения сыпнотифозной инфекции с окрашиванием бреда и галлюцинаций «экзогенными особенностями» [Косенко З. В., 1958]; преобладание чувственного образного бреда, выраженного психического автоматизма, отсутствие тенденции к систематизации бредовых идей при остром параноидном синдроме и наличие систематизированного или склонного к систематизации бреда без выраженных эмоциональных, аффективных нарушений при хроническом галлюцинаторно-параноидном синдроме [Снежневский А. В., 1983]; ведущую роль образных чувственных переживаний при второстепенном характере интерпретативного бреда с непостоянной тенденцией к систематизации в случаях острого параноидного синдрома и систематизированный бред частично интерпретативной структуры при хроническом параноидном синдроме [Морозов Г. В., 1988].

Внимательное ознакомление с исследованиями, касающимися особенностей течения параноидного синдрома, позволяет сделать вывод о том, что одни авторы [А. А. Перельман, В. А. Глазов и др.] пишут о параноидном, галлюцинаторно-параноидном синдроме, стадии течения шизофренического процесса, а другие (А. В. Снежневский, Г. В. Морозов и др.) — о принципиально различных симптомокомплексах — остром параноиде и хроническом параноидном синдроме.

Л. Л. Рохлин и соавт. (1964) установили, что при параноидной шизофрении возможны два типа ремиссий: состояние дефекта без психопатологической симптоматики (без бреда) и шизофренический дефект с дезактуализированным бредом.

Наши наблюдения подтверждают мысль о том, что выделить острый и хронический этапы течения параноидного синдрома крайне сложно. Это связано с тем, что отдельные проявления параноидного синдрома наблюдаются на всем протяжении его развития — в дебюте, в начале и по завершении повторных обострений. В частности, иллюзорная и галлюцинаторная симпто-

матика, дисморфомания, навязчивости, псевдогаллюцинации и психические галлюцинации могут встречаться при разной длительности и на разных этапах болезни. Единственными признаками, позволяющими условно определять сроки, остроту, темп развития болезни, можно признать особенности, степень и глубину нарушений мыслительного процесса, его дефекта. Правомерно говорить о существовании различных вариантов возникновения и разном характере основной бредовой симптоматики, соответствующих галлюцинаторных переживаний и расстройств мышления. При указанных вариантах:

а) заболевание начинается с паранойяльного бреда, которым характеризуется первый приступ болезни на всем его протяжении, а симптомы параноидного бреда возникают лишь при последующих обострениях болезни. Острота аффективной реакции в подобных случаях не всегда зависит от длительности заболевания и повторности обострений. Она иногда бывает вялой при дебюте, очень яркой при повторных обострениях;

б) параноидный синдром появляется (после паранойяльного) в процессе течения первого приступа заболевания, продолжающегося непрерывно, характеризующегося быстрым возникновением феномена «психического автоматизма» и симптомов расстройства мышления с возможным включением отрывочной парафренной симптоматики;

в) параноидный бред с выраженным феноменом психического автоматизма, с той или иной степенью аффективной реакции, наличием или отсутствием иллюзий, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций возникает в дебюте болезни;

г) параноидная симптоматика на всем протяжении болезни или в процессе ее развития перемежается с паранойяльными идеями отношениями и сложными обонятельными, вкусовыми и идеомоторными галлюцинациями;

д) параноидная симптоматика сюжетно связана с псевдогаллюцинациями и психическими галлюцинациями, появляющимися лишь при повторных приступах болезни; рано появляются парафренные включения;

е) независимо от длительности заболевания ведущими в клинической картине оказываются расстройство мышления с идеями преследования и психическими галлюцинациями, навязчивые ритуалы, навязчивые бредовые воспоминания или другие симптомы.

Бредовой симптомокомплекс в одних случаях ограничивается признаками параноидного бреда, в других — постепенно приобретает парафренный характер.

Парафренный бредовой синдром. Независимо от признания парафрении самостоятельным заболеванием, или стадией развития шизофренического психоза, или синдромом, встречающимся при разных психических заболеваниях, можно говорить о присущих ему особенностях феноменологической и психопатологической структуры, проявления, развития, течения,

исхода. К таким особенностям относят: отсутствие помрачения сознания; относительную сохранность морально-этических свойств личности; расстройство мышления в виде нарушения ассоциаций, их ускорения с образованием паралогичных, иногда нелепых связей; нарушение апперцепций и явления ментизма с чувством умственного «охвата», «овладения», а также возникновение неадекватных, нелепых ассоциаций, вызванных случайными ощущениями, восприятиями — интероцептивными и поступающими с экстрарецепторов; феномен психического автоматизма, неразрывно связанный со всей остальной симптоматикой; искажение многих функций памяти, особенно ретенции и репродукции, с псевдореминесценциями, конфабуляциями, ошибочными временными сочетаниями, в которых беспорядочно перемежаются прошлое и настоящее; диссоциацию в эмоциональной и психомоторной сферах с неадекватными эмоциональными реакциями, аффективным сопровождением собственных высказываний, нередко гипоманией или эйфорией; бред с взаимосвязанными нестойкими отрывочными, сменяющими друг друга идеями преследования и величия, иногда имеющими интерпретативную структуру, нелепое фантастическое содержание, включающее бред двойников, бред встречи с давно умершими; обманы восприятий в виде преимущественно слуховых, реже обонятельных, вкусовых, зрительных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, сюжетно связанных с бредом или отрывочных, ни с чем не связанных; исход в грубый шизофренический дефект или органическое слабоумие (при пресенильной, эпилептической и алкогольной парафрениях).

Достаточно типичны для парафренного синдрома следующие элементы и формы течения: острое течение с преобладанием чувственного, образного бреда, с полярными эмоциональными реакциями и аффективными вспышками; хроническое течение с меньшей сменяемостью, нестойкостью бредовых высказываний, ослаблением эмоций, снижением аффекта; ундулирующее течение со сменяющимся темпом развития психоза, интерпретативными бредовыми построениями, основывающимися на случайных ассоциациях (по созвучию, смежности и др.).

На возникновение и течение парафренного синдрома существенное влияние оказывает соматогенный фактор, особенно при пресенильных и алкогольных парафрениях. Кроме того, отмечено, что парафренные особенности бреда чаще отмечаются в среднем и особенно пожилом возрасте.

Многие авторы, публиковавшие в последние десятилетия результаты своих исследований, посвященных парафренному синдрому, начинают эти публикации с утверждения о том, что термины «парафрения», «парафренный синдром» предложил в 1912 г. Э. Крепелин. Вместе с тем, по сведениям С. А. Суханова (1914), этот термин известен очень давно: он использовался еще в древнегреческих медицинских манускриптах для определения некоторых острых психозов; тот же термин использовал

К. Кальбаум (1866), различавший старческую (пресбиофрения) и гебефреническую парафрению.

Э. Крепелин (1912) ввел в систематику бредовых психозов группу парафрений, поместив ее между группой паранойи и группой параноидного слабоумия.

Э. Крепелин различает четыре формы парафрении: систематизированную парафрению, характеризующуюся хроническим течением, постепенным включением в структуру заболевания бреда преследования, затем бреда величия и позднее слуховых (реже других) галлюцинаций, отсутствием выраженного распада личности, относительной сохранностью памяти и способности к эмоциональным реакциям, склонностью к интерпретативным бредовым построениям; экспансивную парафрению, при которой на первый план выступают бред величия, выраженная эйфория, зрительные и меньше слуховые галлюцинации, ипохондрические жалобы; конфабуляторную парафрению с выраженными в равной степени, но нестойким и нелепым бредом преследования и бреда величия, связанным по содержанию с конфабуляторными обманами памяти, при правильной ориентировке и упорядоченном поведении; фантастическую парафрению, характеризующуюся более быстрым течением, незавершенными, часто сменяющимися, не связанными друг с другом фантастическими, нелепыми бредовыми представлениями, включающими идеи преследования, постороннего физического воздействия, одержимости, а также слуховыми галлюцинациями, с явным влиянием на все переживания случайных ощущений и восприятий, жалобами на соматическое неблагополучие и исходом в слабоумие.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов в клинической картине парафренного синдрома разные авторы, по сообщению М. П Подобед, называют следующие варианты парафренного бреда: галлюцинаторный [Коган Я. М., 1941]; инкогерентно-фонемический, аффективный [Леонгард К., 1957]; периодический [Фаворина В Н., 1959]; острый [Тиганов А. С., 1966]; ипохондрический [Ротштейн В. Г., 1970]; меланхолический [Боровикова Н Н., 1970]; паранойяльно-фантастический, грезоподобный [Соколова Б. В , 1971]; системно-фантастический [Халецкий А. М., 1973].

Большинство психиатров любой вариант парафренического синдрома считают проявлением шизофрении [Крепелин Е., 1912; Суханов С. А., 1914; Рыбаков Ф. Е., 1916; Блейлер Е., 1920; Гиляровский В. А., 1938; Каменева Е. Н., 1957, и др.].

Отнесение парафрении к одной из форм проявления или стадии течения шизофренического процесса не исключает вероятности возникновения бредового синдрома, отвечающего многим признакам парафрении, в структуре других психических заболеваний, например при сенильном, сифилитическом, алкогольном психозах. При перечисленных психозах ведущими оказываются те или иные компоненты парафренического симптомокомплекса, в частности для парафренного периода шизофрении характерны бредовые идеи — интерпретативные, конфабуляторные, ретроспективного переосмысливания [Каменева Е. Н., 1957], величия, преследования, фантастические, ложного узнавания.

Большой интерес представляют наблюдения В. В. Ковалева (1985). Он отмечает, что у подростков парафренный бред воображения встречается в двух вариантах: в виде проявления более рудиментарных бредовых идей, с постепенной заменой фантастического бреда высокого происхождения бредом величия и бреда более четкой парафренной структуры с идеями преследования, величия, вырастающими на почве патологического фантазирования, иногда с зарождающимися автоматизмами, повышенным фоном настроения.

Клинические наблюдения позволяют проследить разные этапы развития и варианты парафренного синдрома. Признаки возникновения парафренного синдрома, особенно перехода от па-

параноидного к парафренному периоду шизофренического процесса, нередко малозаметны и выражаются в инициальном проявлении отдельных симптомов парафрении. В ряде случаев, например, можно отметить появляющуюся на фоне параноидной симптоматики абсурдность бредовых высказываний и их постепенную примитивизацию.

Переоценка собственной личности или идеи величия на любом этапе их формирования отражаются на манере поведения больного. Это поведение соответствует его представлению о степени своей значимости. На этапе парафренного синдрома, еще не сопровождающегося грубым интеллектуальным дефектом и выраженным распадом личности, бред может быть достаточно связным и последовательным. Идеи преследования кристаллизуются постепенно, часто переплетаются с неопределенными идеями воздействия и психическими (парасенсорными) галлюцинациями. Сохраняется способность к эмоциональным, нередко бурноаффективным реакциям. При попытке переубедить больного, логически доказать абсурдность его высказываний он аффектируется.

Появление идей величия указывает на переход параноидного синдрома в парафренный. Однако идеи величия в этих случаях еще нельзя считать сформировавшимися. Они выражаются в преувеличении собственной значимости, переоценке своих возможностей и способностей, причем такое преувеличение, как правило, лишено правдоподобности, реалистичности, нередко связано с сенсорными переживаниями и включает чувство значимости не только для себя, но и для всех окружающих. Начальные признаки бреда переоценки собственной личности или величия всегда появляются на фоне выраженного нарушения мышления.

Иногда прослеживается постепенная парафренизация систематизированного бреда преследования и физического воздействия, становящегося в процессе развития все более нелепым, но сохраняющего еще постоянную общую структуру, присущую параноидному бреду. Изменчивость бредовой фабулы может вначале проявляться только в непостоянстве деталей бреда.

Нередко, несмотря на неполную завершенность структуры парафренного синдрома, можно говорить о том, что он сформировался. При этом можно констатировать наличие в более или менее развитой форме всего комплекса признаков парафрении, в частности, как уже отмечалось, идей преследования, физического воздействия, величия. Весьма характерными оказываются бредовые интерпретации, постепенно лишающиеся свойства правдоподобности и приобретающие черты абсурдности.

Бред преследования, наблюдаемый почти всегда в той или иной форме при парафренном синдроме, может некоторое время сохранять постоянство сюжета. Гипоманиакальное состояние больных в подобных случаях соответствует бредовым высказываниям. Доказательства бредовых утверждений однозначны, по-

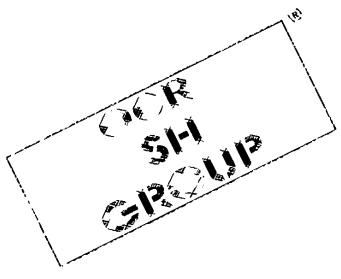
верхностны, нелепы, что указывает на более грубый, чем при параноидном бреде, интеллектуальный дефект.

По мере развития парафренного синдрома нарастают многообразие, нелепость, непостоянство бредовых высказываний. Идеи величия приобретают неопределенный характер, перемежаются с вербальными псевдогаллюцинациями, «вытесняющими» галлюцинации. Иногда очень трудно дифференцировать зрительные обманы от бредоподобного фантазирования. Нарастает удельный вес конфабуляторного бреда и дезориентировка в месте, времени, окружающей обстановке. Все это наблюдается на фоне повышенного самоощущения.

Парафренный синдром постепенно приобретает признаки нарастающего интеллектуального дефекта. Бредовое творчество становится все более нелепым, примитивным, отрывочным. Сенсорные обманы все труднее отличить от бреда. Нарастающая интеллектуальная несостоятельность на конечном этапе парафрении делает невозможным продуцирование интерпретативного бреда, усиливаются признаки перехода парафренного синдрома в исходное состояние.

О парафренном синдроме, помимо авторов, упомянутых выше, писали также А. Эй (1933), А. Н. Молохов (1948), С. В. Курашов (1955), О. В. Кербиков (1957), Н. М. Попов (1957), Н. И. Озерецкий (1957), А. В. Снежневский (1957), Н. Г. Шумский (1958), Э. Я. Штернберг (1967), Л. Л. Рохлин (1967) и др.

Паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы встречаются чаще всего в виде периодов, стадий развития шизофренического процесса, но, что уже отмечалось, наблюдаются также при других психических заболеваниях. Та или иная нозологическая принадлежность психоза, в структуру которого входит бредовой синдром, придает ему особые типичные или специфичные признаки и свойства. Психопатологический и клинический анализ указанных признаков и свойств очень важны для своевременной и правильной постановки диагноза.



Глава 5

Клиника бредовых синдромов при разных психических заболеваниях, распространенность этих синдромов, их анатомо-физиологическая и энергетическая базы

Анализ характера бредовых синдромов в статике и динамике, т. е. в «поперечном» и «продольном» разрезах, главным образом в психопатологическом, а не нозологическом плане, составляет содержание настоящей и предыдущей глав, в которых отсутствует всестороннее описание особенностей течения того или иного психоза, включающего бредовой синдром. Такой методологический подход позволяет сосредоточить основное внимание на патологии мыслительного процесса, выражающейся в бредовом творчестве, способствует исследованию механизма бредообразования и определению критериев дифференциальной диагностики бредовых психозов, которую целесообразно проводить с учетом нозологической принадлежности психопатологических синдромов. Однако порядок изложения материала остается традиционным — по формам психических заболеваний.

Нозологическую принадлежность синдромов оценивают по трем уровням: бредовые феномены, встречающиеся при разных психозах, хотя и отличающиеся некоторыми особенностями друг от друга (например, паранойяльные бредовые идеи); бредовые феномены, предпочтительно встречающиеся при одном психозе, типичные для него, но возникающие и при других психозах (например, бред ревности при алкогольном и бред ущерба при инволюционном психозе); бредовые феномены, встречающиеся только при одном психозе, специфичные для него и почти никогда не наблюдающиеся при других психозах (например, идеи непомерного богатства, сочетающиеся с выраженной деменцией, при прогрессивном параличе, крайне редко и при ином соотношении симптомов отмечаемые при псевдопараличе органической, чаще алкогольной, но не сифилитической природы).

Бредовые синдромы наблюдаются в разных психопатологических вариантах при большинстве психических заболеваний. Принято считать, что наиболее часто бред входит в структуру шизофренических психозов. Такое мнение справедливо, если речь идет о психозах непомраченного сознания, поскольку при

помрачении сознания интоксикационной, инфекционной, психогенной природы почти всегда можно наблюдать те или иные бредовые и трудно отграничиваемые от них галлюцинаторные феномены. Сравнительно часто более или менее выраженные бредовые компоненты выявляются при инволюционных, церебросклеротических, старческих, органических, травматических и других психозах. Во всех случаях бредовая симптоматика (основная, стержневая или второстепенная) развивается в сочетании с другими симптомами, типичными или специфичными для данного заболевания.

В предыдущей главе отмечалось, что моносимптомный, не сопровождающийся другой психопатологической симптоматикой бред считался в прошлом и изредка признается в наши дни самостоятельным психическим заболеванием — паранойей. Мы не наблюдали «чистых» моносимптомных бредовых психозов, так как при любом бреде всегда удается установить ту или иную дополнительную психопатологическую симптоматику. Косвенным подтверждением необоснованности выделения «чистых» бредовых психозов, названных паранойей, может служить то, что в течение почти полувека (от Э. Крепелина до В. А. Гиляровского) в качестве примера паранойи приводили одно и то же клиническое наблюдение — психоз «преследуемого преследователя» у больного Вагнера, у которого, якобы, кроме бреда, никаких нарушений психики не наблюдалось.

Различия возникновения, структуры, проявления бредового феномена, особенностей его связей с другими психопатологическими симптомами и элементами психики, в частности интеллектуальной и эмоциональной сферами, при разных психических заболеваниях, находят многие психиатры.

В. Х. Кандинский (1885) анализирует психопатологические особенности галлюцинаторных и бредовых феноменов при «идеофрении». Э. Крепелин (1897—1898), классифицируя психические заболевания, пишет о том, что те или иные варианты бредового синдрома возникают при определенных психозах: «травматический бред» при нарушениях мозговой ткани, своеобразный бред ревности пьяниц при отравлениях, лихорадочный бред при инфекционных психозах, особый ажитированный бред при сифилитических психозах, параноидный и парафренный бред при эндогенном заболевании, «раннем слабоумии», психогенный бред при реактивных психозах. С. С. Корсаков (1901, 1902) указывает на то, что по характеру бреда можно судить об определенном психическом заболевании, и дает описание бредовых переживаний при «дизноэ». О. В. Кербиков (1949) приводит подробное описание бреда при острой шизофрении. Е. Н. Каменева (1957) подчеркивает дифференциально-диагностическое значение построения бредовых идей, которое часто указывает на конкретную нозологию (например, связный систематизированный бред — на шизофрению, а простой по сюжету, отрывочный бред — на сифилитический психоз). А. Г. Гофман (1960) находит отличительные черты чувственного бреда при алкогольных психозах. Так, он отмечает, что при острых алкогольных параноидах бред по структуре близок к бреду при «дорожных» параноидах, и при острых алкогольных галлюцинозах бред может быть сложнее и разнообразнее, включать идеи не только преследования, но и осуждения, воздействия. С. Лебовичи (1968) описывает особый онирический характер острого бреда с элементами спутанности

при инфекционных заболеваниях с фебрилитетом у детей. А. Г. Байбуртян (1975) указывает на образный характер нестойкого, пластичного бреда преследования при алкогольных психозах. Н. Е. Бачериков (1975) пишет о сочетании депрессивно-параноидной и галлюцинаторно-параноидной симптоматики при органических психозах. Г. И. Зальцман (1975) изучает характерные свойства бредовых синдромов не только при шизофреническом психозе, но также при отдельных его формах.

Однако некоторые авторы не соглашаются с наличием специфичности, типичности и даже своеобразия многих бредовых структур для определенных нозологических форм психозов [Кронфельд А. С., 1940; Губер Г., Гросс Г., 1977].

Клиника бредовых феноменов при разных психозах

Наши наблюдения свидетельствуют о существовании типичных или специфичных для разных психических заболеваний структурных элементов и целостных структурных построений бреда, особенностей его возникновения, проявления, темпа и динамики течения, феноменологических свойств на разных этапах развития, своеобразия сочетания с другими психопатологическими феноменами и исхода.

Особенности шизофренического бреда. Для установления клинического и психопатологического отличия шизофренического бреда от бредовых синдромов, наблюдающихся при других психических заболеваниях, используют две категории критериев: к первой относятся критерии, определяющие принципиальные различия сущности бреда при условно-эндогенных и условно-экзогенных психозах, ко второй — критерии, с помощью которых устанавливают типичные или специфичные для разных форм шизофрении элементы бредового синдрома.

Наиболее характерной чертой шизофренического бреда является то, что его проявление с момента возникновения значительно меньше, чем при экзогенных психозах, связано с преморбидными структурой и ядром личности больного. Это важное обстоятельство особо подчеркивает А. З. Розенберг (1939). В соответствии с изложенным основная характеристика шизофренического бреда заключается в том, что, появившись как следствие ранее начавшегося болезненного процесса, этот бред с момента его возникновения в большинстве случаев отражает свойства «новой шизофренической личности». Эта «личность» создается болезнью, а продолжает ее формирование шизофренический бред, поэтому родственники больных нередко утверждают, что, слушая «ненормальные высказывания» больных, они не могут отделаться от мысли об «их подмене», о том, что это говорит другой человек, а не тот, которого они знали до его болезни. В клинике нередко можно наблюдать, как до этого культурный, интеллигентный человек грубо, нецензурно бранится, требует, чтобы его почитали и называли «великим гражданином», или как скромная, стеснительная в преморбиде де-

вушка без всякого стеснения в откровенной форме высказывает эротический бред. Здесь целесообразно привести лишь некоторые из многочисленных высказываний психиатров о характерных особенностях шизофренического бреда.

О. В. Кербиков (1949) наряду с другими особенностями бреда при острой шизофрении называет «бред перерождения», к которому примыкают «бред отчуждения» и «бред отгороженности». Е. Н. Каменева (1957) называет следующие свойства, характерные преимущественно для шизофренического бредового синдрома: обычно медленное развитие с тенденцией к систематизации; преобладание идей отношения, преследования, физического воздействия, особого значения, замены частей тела, «невыводимость» и сопутствующая «гипотония сознания»; поражение «витальных основ личности»; проявления «вычурности» и относительное интеллектуальное богатство; бред «намека» с отрицанием случайности нахождения около больного разных предметов. Нетипичными для шизофрении автор считает: бред ревности, встречающийся при многих психозах; бред порчи, колдовства, архаического содержания и ипохондрический бред с болевыми ощущениями, нередко наблюдающиеся при органических заболеваниях мозга; бред телесного физического воздействия и зоопатический ипохондрический бред, чаще возникающие при эпилепсии; бред фантазирования, величия, владения несметными богатствами; бред Котара, встречающийся при инволюционном и реже старческом психозах

Л. Л Рохлин (1975) признает специфическим для шизофренического бредового синдрома «первичный аутохтонный бред», включающий бредовые восприятия, бредовые представления, бредовые осознавания, характеризующиеся субъективной символичностью, аутизмом, разрывом с реальностью, паралогичностью суждений, несоответствием жизненному опыту больного. Г. Губер и Г. Гросс (1977) полагают, что шизофренический бред характеризуется в первую очередь конфликтом между «Я» больного и чем-то враждебным, связанным с внешним миром, и бредовым мышлением, основанным на бредовых ощущениях и восприятиях с тенденцией к паранойяльным реакциям. Подавляющее большинство психиатров безоговорочно признают специфичным для шизофренического бреда феномен «психического автоматизма».

Таким образом, психопатологический анализ бредового синдрома дает достаточно оснований для дифференциации шизофренических и нешизофренических бредовых психозов. Однако необходимо подчеркнуть, что принципиально значимые свойства шизофренического бреда нивелируются в случаях острой шизофрении, протекающей с помрачением сознания (онейроидного или иного характера), при котором, как справедливо отмечает Е. Е. Сканави (1956), отрывочные идеи преследования, виновности, величия напоминают аналогичные проявления бреда, наблюдающегося при экзогенных психозах.

Некоторые психиатры называют психопатологические особенности и признаки бредового синдрома на разных стадиях развития шизофренического бреда: бредовое настроение с тревожностью и растерянностью в начальной стадии процесса — треме; бредовые представления, бредовые вспышки в собственно бредовой стадии — апофении; распад цельного восприятия окружающего, сочетающийся с убеждением в особом смысле и значении происходящего вокруг — в апокалиптической стадии [Конрад К., 1958]; последовательная смена основных синдромов — астенического, аффективного, неврозоподобного, паранойяльно-галлюцинаторного, галлюцинаторно-параноидного, психического автоматизма, парафренного, кататонического, конечно-

го полиморфного, относительно стабильного или развитие дополнительных синдромов — паранойяльного с расстройством аффекта и картиной острой паранойи, депрессивно-параноидного, депрессивно-галлюцинаторного, депрессивного онейроида, экспансивного с идеями фантастического содержания, парафренного с фантастическими, галлюцинаторными или конфабуляторными переживаниями, грезоподобного онейроидного помрачения сознания [Снежневский А. В., 1969]; сложность структуры с «переплетением» сенсорных и идеаторных элементов бреда, а также «имажитивно-конфабуляторные» и интерпретативные симптомы, политематичность фабулы с различной степенью систематизации [Медведев А. В., 1981]

По мнению некоторых психиатров, наряду с различными психопатологическими проявлениями тех или иных стадий бреда выявляется неоднозначная симптоматика, которая характеризует разные формы течения процесса.

В. Иванов (1981) считает, что периодический бред характеризуется флюктуирующим течением, а непрерывный, имеющий интеллектуально-интерпретативный характер,— медленным развитием, склонностью к систематизации и стабилизации. В. А. Дереча (1982) признает типичным свойством непрерывной, шубообразной и рекуррентной шизофрении логическую и предметно-чувственную структуру бредовых интерпретаций. Г. П. Киндрас (1969) находит, что антагонистический (манихейский) бред при непрерывной параноидной шизофрении имеет характер интерпретативного систематизированного бреда, возникающего в начале парафренной стадии (такой бред при приступообразно-прогредиентной шизофрении возникает остро, приобретает образный, чувственный, нередко фантастический характер и может сопровождаться бредовыми идеями особого значения, инсценировки, а также бредовыми иллюзиями). П. Шмидт и соавт. (1970) нашли, что при непрерывной параноидной шизофрении чаще, чем при других формах, встречается бред мистического содержания с чувством «приближенности к богу», с актуализацией при обострении заболевания.

Значимость симптомов, типичных или специфичных для шизофренического бреда, установить трудно. Это связано с тем, что выраженность одних и тех же признаков (систематизация бреда, отражение в его содержании интеллектуального патологического творчества, колоритность псевдогаллюцинаций, психические галлюцинации и другие психопатологические симптомы) в значительной степени зависит не только от этапа, стадии шизофренического процесса, его своеобразия, но также от преморбидных особенностей личности, в первую очередь от уровня интеллектуального развития, образования, жизненного опыта.

Безусловно, специфичным для шизофренического параноидного бреда является сочетание взаимосвязанных бредовых переживаний и псевдогаллюцинаций, или психических галлюцинаций. При этом если сами по себе псевдогаллюцинации обладают относительной специфичностью для шизофрении, поскольку изредка встречаются при других заболеваниях, то при их сочетании с бредовым умозаключением (так же как парасенсорных психических галлюцинаций) диагноз шизофрении не вызывает сомнений. Синдром интерметаморфозы сравнительно редко встречается при бредовой шизофрении и не является специфичным или типичным для данного заболевания. Однако этот синд-

ром становится специфичным для шизофрении в тех случаях, когда он оказывается фрагментом единого псевдогаллюцинаторно-бредового симптомокомплекса. Сюжетное единство психических галлюцинаций с идеями физического и психического воздействия (аппаратами, невидимыми лучами, химическими веществами, газами) с последующим возникновением нелепых идей величия (высокого происхождения, необыкновенного таланта и возможностей) является специфичным признаком шизофренического процесса, его парафренной стадии. Не менее специфичен многоплановый систематизированный бред, отражающий интеллектуальное патологическое творчество, признаками распада которого в парафренной стадии служат непостоянство, изменчивость начала отдельных деталей бреда, затем элементов сюжета и, наконец, всего сюжета. Специфичность шизофренического парафренного бреда, помимо постепенного неравномерного распада бредовой системы, выражается в вычурности идей преследования и физического воздействия, иногда в «имажитивном» характере бреда, возникновении бредовых идей «замены органов» и бреда существования двойника. Не менее специфично для шизофрении своеобразное сочетание паранойяльной и параноидной бредовой симптоматики с включением в симптомокомплекс систематизированного бреда преследования, физического воздействия, интерпретативного бреда и психических вербальных галлюцинаций. Ярко выраженный феномен «психического автоматизма» также специфичен для шизофренического параноидного бреда.

Одним из вариантов бредовых идей физического воздействия является убеждение в том, что в организм больного проникли какие-то вредные для него существа или неодушевленные предметы. Больной ощущает их «проникновение» через кожу, глаза, рот при глотании, через нос при вдохе. Чувство «внедрения» чего-то постороннего, повторяющегося навязчиво, в ряде случаев предшествует возникновению бреда одержимости, а иногда сочетается с ним. Убеждение больного в том, что в него «влетают» или могут «влететь» какие-то предметы, почти идентично бреду физического воздействия и относительно специфично для шизофрении («относительно» потому, что подобные переживания отрывочные, нестойкие, могут наблюдаться также при галлюцинациях и бреде помраченного сознания). Противоположное представление или убеждение больного в том, что из него при выдохе «вылетают» какие-то посторонние предметы, для шизофрении менее типично. Структура симптомокомплекса, включающего зрительные, вербальные, психические галлюцинации, псевдогаллюцинации и связанные с ними бред физического, в том числе гипнотического, воздействия и «интеллектуальные обсессии», безусловно, типична для параноидной шизофрении. Нередко в связи с выраженной нелепостью бредовых высказываний и частой сменяемостью бреда, несмотря на отсутствие идей величия, можно предполагать приближение пара-

френной стадии развития бредового синдрома. Сочетание интерпретативного бреда и связанных с ним по содержанию «бредовых иллюзий» при непомраченном сознании можно признать относительно типичным для бредовой шизофрении.

Квалификация стадий течения шизофренического процесса, как было указано в 4-й главе, в ряде случаев сопряжена с большими трудностями. Затруднения, в частности, могут быть связаны с наблюдающимися особенностями бреда, присоединившегося к шизофреническому процессу на поздних этапах его развития. Так, мы наблюдали больную, у которой длительное течение приступообразно-прогредиентной шизофрении привело к существенному расстройству мышления, оцениваемому больной с известной критикой, и возникновению (значительно позднее) идей отношения. При подобной клинической картине правильнее говорить о паранойяльном синдроме, а не о паранойяльной стадии болезни. Безоговорочно о паранойяльной стадии шизофренического процесса можно думать тогда, когда паранойяльная тематика оказывается основным психопатологическим проявлением болезни с самого его начала.

Клинические проявления бреда при поздней шизофрении необходимо рассмотреть особо. Сопоставление данных литературы по этому вопросу крайне затруднительно, если вообще возможно. Указанное обстоятельство обусловлено тем, что за 90 лет, которые прошли со времени изучения поздних бредовых психозов Э. Крепелиным, разные авторы наблюдают по существу различные формы этих психозов или различные элементы их течения. Так, одни психиатры изучают психопатологию и динамику давно начавшегося бредового психоза в позднем возрасте больных, т. е. спустя много лет после возникновения болезни; другие интересуются не течением бредового психоза в позднем возрасте, а психопатологией, отмечаемой у больных, впервые заболевших шизофренией в позднем возрасте; третьи различают психозы позднего возраста, начавшиеся после 40 лет, и психозы старческого возраста, возникшие после 70 лет. Все авторы либо объединяют в одну группу поздно развившиеся психозы, либо четко отграничивают психозы, появившиеся в позднем возрасте, в частности инволюционный, от начавшейся в том же возрасте шизофрении, либо рассматривают их в единой группе поздних эндогенных психозов. В наши задачи не входит психопатологический и клинический анализ психозов позднего возраста. Нас в данном случае интересуют только психопатологические особенности бреда, наблюдаемые при бредовой шизофрении, возникшей в позднем возрасте.

Изучению особенностей клинического течения поздней шизофрении, в частности бредового синдрома, много внимания уделил Е. Блейлер (1911, 1916). Он отметил, что данные о наследовании и течении поздней шизофрении, а также характере бреда, возникающего при этом заболевании, в основном соответствуют аналогичным данным о бредовой шизофрении, на-

чавшейся в среднем возрасте. По его мнению, отличительными признаками бреда, связанными с возрастом, являются не структура бреда и его динамика, а особенности эмоционального сопровождения и феноменологического оформления. Последнее выражается в возрастной тематике бреда, участии в его построении сенестопатических переживаний, тенденций к пролонгированию, малодинамичной параноидной и парафренной симптоматике.

Из особенностей бреда, возникающего при поздней шизофрении, называют окраску бредового синдрома гипоманиакальным настроением, тенденцию к переоценке собственной личности и влияние на содержание бреда сновидений, а также выраженность синдрома психического автоматизма, бреда инсценировки, эротического бреда, бреда двойника [Зыкова З. И., 1954]; непонятность, нелепость, нереалистичность бредовых идей [Менделевич Д. М., 1964]; частоту возникновения идей особой значимости и физического воздействия [Гурович И. Я., 1962, 1965]; меньшую стойкость бредовой симптоматики [Фаворина В. Н., 1965]; стойкость галлюцинаторных переживаний, интимно связанных с бредом [Янцарик В., 1967]; отсутствие влияния «внешней ситуации» на переживания больного [Шахматов Н. Ф., 1968]; несоответствие эмоционально вялых депрессивных переживаний содержанию бреда [Сиванова М. В., 1971]. Другие авторы [Блейлер Е., 1916; Янцарик В., 1963; Чиладзе Ц. А., 1964, Губер Г., 1964; Молчанова Е. К., 1969; Наджаров Р. А., Штернберг Э. Я., 1975, и др.], сопоставляя особенности бреда, возникающего при поздней шизофрении, и бреда, наблюдаемого в старости у больных с давно текущим шизофреническим процессом, отмечают, что с возрастом бредовые идеи становятся менее выраженными, их дальнейшее развитие тормозится; они отражают ограниченное интеллектуальное творчество, содержание их скудеет и дезактуализируется; иногда бредовые идеи частично редуцируются, сопровождаются тусклой эмоциональной реакцией, меньше препятствуют социальной реадаптации и меньше отражаются на поведении больных, быстро приобретают парафренный характер.

К приведенным сведениям добавим, что у больных старческого возраста, у которых шизофрения развилась в молодости, выявляется весьма противоречивая психопатологическая симптоматика: остановка творческого развития и частичная дезактуализация возникшего в молодости бреда преследования при некритичном отношении к нему, отсутствие выраженной церебросклеротической симптоматики; появление зрительных галлюцинаций, содержание которых отражает относительную интеллектуальную сохранность больных, вполне критично оценивающих проявления галлюциноза; несоответствие между грубым шизофреническим дефектом с выраженным расстройством ассоциативного мышления, ограниченностью бредового творчества и относительной сохранностью функций, составляющих «предпосылки к интеллекту». Наряду с этим в ряде случаев поздней шизофрении наблюдается такое построение бреда, при котором интерпретации происходящего вокруг не «питают» идеи отношения, а недавно возникший и быстро кристаллизовавшийся бред преследования находит сюжетное подтверждение в интерпретативных суждениях.

В случае присоединения психогении к основному бредовому шизофреническому процессу возможны сочетания психогенной

и бредовой шизофренической симптоматики, при которых: а) 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; б) содержание психогенного фактора формально используется в сюжете бреда, переплетаясь с другими бредовыми высказываниями больного; в) массивный психогенный фактор «наслаивается», «амальгамируется» на основной шизофренический симптомокомплекс, приобретая большинство признаков реактивного параноида, видоизмененного шизофренной почвой (вместе с тем в тех случаях, когда бредовая концепция всецело овладевает сознанием больного, систематизированные бредовые идеи полностью кристаллизуются и особенно при появлении признаков парафренизации бреда, на его структуру не оказывает или почти не оказывает влияния даже очень массивная психогения).

Анализ бредового шизофренического синдрома нередко приводит к мысли о более или менее длительной подсознательной «бредовой работе», подготавливающей возникновение бреда. При подобном механизме бредообразования появление бредовой идеи с определенной тематической направленностью, даже в случае отсутствия конкретного содержания, представляется детально предопределенным, неотвратимым. Конкретное же содержание бреда обычно может быть связано с любым случайным фактором, иногда включающим психотравмирующие моменты. По данным А. М. Рыбальского (1983), подобным образом нередко формируется бред болезни.

Присоединение алкогольной психотической симптоматики к проявлениям бредовой шизофрении наблюдается не столь уж редко. В подобных случаях, как правило, алкогольный психоз «наслаивается на бредовую шизофреническую симптоматику и развивается по типу гретеровской формы шизофрении. При этом в клинической картине можно наблюдать относительно самостоятельные алкогольные и шизофренические бредовые переживания. Относительная, а не абсолютная самостоятельность переживаний чаще всего выражается в том, что достаточно характерные для одного и другого психоза бредовые высказывания иногда «совмещаются», «связываются» в сознании больного.

Авторы, уделившие много внимания изучению классической картины бредовой шизофрении, осложненной присоединившимся к ней алкогольным психозом [Жислин С. Г., 1935, 1940; Лукомский И. И., 1960, 1962; Гофман А. Г., 1960; Бобров А. С., 1965; Ауэрсперг А., Цид-Аранеда А., 1970, и др.], отмечают следующие особенности этой картины: «смягчение» течения шизофрении при присоединении алкогольного психоза; преимущественно интерпретативный характер шизофренического бреда и монотематичность алкогольного бреда, чаще бреда ревности; качественно различное проявление шизофренических и алкоголь-

ных идей преследования; ведущее значение шизофренического и зависимую роль алкогольного бреда; сочетание вербальных галлюцинаций, иногда псевдогаллюцинаций шизофренической природы и алкогольных зрительных обманов; иллюзорный характер внешних восприятий, более характерный для алкогольных психозов, и бредовая интерпретация этих восприятий, типичная для шизофрении; преобладание вербальных и зрительных галлюцинаций над обонятельными и вкусовыми; «переплетение» безотчетного шизофренического страха и алкогольного страха — конкретной обыденной угрозы.

По нашему мнению, можно выделить два принципиально различных варианта сочетания шизофренической и алкогольной бредовой симптоматики: присоединение к хронически текущему непрерывному или приступообразно-прогредиентному бредовому шизофреническому процессу алкогольного делирия или острого галлюциноза; присоединение к хронически текущей бредовой шизофрении хронического алкогольного бреда ревности. При первом варианте ограниченный во времени алкогольный делирий легко дифференцировать, анализируя состояние помраченного сознания, характер идей преследования и т. д.; при втором — бредовая шизофреническая симптоматика и алкогольный бред ревности развиваются как бы параллельно, но иногда сочетаются в едином бредовом сюжете.

Обобщая приведенные данные об особенностях шизофренического бреда, правомерно отметить, что многие признаки, входящие в его структуру, в разной степени характерны для него. Условно можно выделить четыре группы таких признаков.

1. Специфичные — развитие бреда при непомраченном сознании (за исключением онейроида) на основе феномена «психического автоматизма» со своеобразным сочетанием преимущественно качественного расстройства мышления, его паралогичной структуры, искаженных ощущений, восприятий, представлений, а также псевдогаллюцинаций, психических галлюцинаций и многоплановых бредовых идей (при сохранении интимной связи между теми и другими); «отчуждение», «отгороженность», «перерождение» личности с изменением ее жизненных основ, паралогичная предметно-чувственная структура бредовых интерпретаций с несоответствием между несуразностью, гротескностью, нелепостью содержания некоторых бредовых идей и достаточной интеллектуальной сохранностью пациента; последовательная смена острого или подострого дебюта паранойяльной, параноидной, парафренной и сформировавшейся на их основе исходной стадиями бреда (нередко при сочетании признаков разных стадий); особый сюжет некоторых бредовых идей, таких, как бред двойника, бред «замены органов», бред интерметаморфозы, нередко входящих в единый псевдогаллюцинаторно-бредовой симптомокомплекс.

2. Относительно специфичные — медленное развитие бреда с тенденцией к систематизации, сложность его интеллектуаль-

ной структуры, отражающей особенности шизофренического мышления с «переплетением» сенсорных и перцептивных элементов; своеобразный распад цельного восприятия и мыслительной переработки в исходных состояниях; сочетание интерпретативного бреда с сюжетно связанными с ним «бредовыми иллюзиями и бредовыми галлюцинациями», своеобразие некоторых бредовых идей, например проникновение в тело больного, а не из тела наружу каких-либо существ, предметов, или имажитивно-конфабуляторная и интерпретативная структура бредовых переживаний.

3. Типичные — преобладание среди бредовых переживаний идей отношения, преследования, физического воздействия, особого значения, отражающих патологическое интеллектуальное творчество; склонность к систематизации бредовых идей при относительной сохранности памяти и формальных способностей (наблюдаемая также при паранойяльном психопатическом, инволюционном, сифилитическом бреде); отсутствие дементного бреда величия и несметного богатства; синдромы ложного узнавания и интерметаморфозы; иногда замедление развития церебрального атеросклероза в старости.

4. Относительно типичные — конфликт между личностью больного и внешним миром; только поверхностная тематическая, а не сюжетная связь между бредом и истинными галлюцинациями или полное отсутствие указанной связи; в большинстве случаев независимость фабулы бредовых переживаний от пониженного самосознания и интеллектуальной слабости; наличие своеобразного (в плане тематики преследования) бреда порчи, колдовства, ревности, ипохондрического (с болевыми ощущениями), а также бреда архаического содержания, телесного воздействия, зоопатии, бреда Котара; неполное восстановление критики в период ремиссии; ослабление с возрастом темпа кристаллизации, систематизации, парафренизации бреда.

Органические заболевания мозга с бредовым синдромом. В эту группу нами с известной долей условности включены эпилептические, травматические и другие органические психозы.

Бред при *эпилептической* болезни может проявляться в двух вариантах: в виде эпилептического психического эквивалента бредовой структуры и в форме бредового синдрома при непомраченном сознании.

В первом случае бредовые переживания и соответствующая им реакция больных протекают внезапно, пароксизмально, эквивалентны эпилептическому припадку и столь же внезапно прекращаются. Основу синдрома составляет помрачение сознания, при котором о бреде, его структуре и сюжете можно судить главным образом по спонтанным высказываниям больного. Контакт с ним чаще всего невозможен. Диагностика эпилептического психического эквивалента обычно большой сложности не представляет.

Во втором случае при хроническом течении эпилептического психоза больной ориентирован, признаков выраженного помрачения сознания нет. Своеобразие бредовой симптоматики в значительной степени обусловлено характерными для эпилепсии интеллектуальными и личностными нарушениями. Однако в этом случае можно наблюдать ограниченные во времени, продолжающиеся от нескольких минут до нескольких суток приступы бреда (при сохранной ориентировке), обычно прерывающиеся судорожными эпилептическими припадками.

Разные авторы считают характерными для хронического эпилептического бреда: систематизированный сюжет, иногда подвергающийся существенным изменениям, но не сопровождающийся помрачением сознания (Маньян В., 1897]; наиболее часто встречающуюся тематику бреда теологического содержания, отравления, ревности [Гуревич М. О., 1912]; примарный, так же как при шизофрении, механизм бредообразования [Плотичер А. И., 1935], архаический характер бреда, развившегося на почве суеверий, религиозных верований, магических представлений, мистики [Каменева Е. Н., Кудинов А. И., 1938]; однообразие, малую дифференцированность, аффективную окраску высказываний [Эфрос А. С., 1941]; незначительную интенсивность, медленное развитие и резидуальный характер [Перская С. С., 1950]; зависимость клиники бреда от степени интеллектуального снижения и резидуальный характер бреда при глубоком эпилептическом слабоумии [Музычук Л. Э., 1975]; параноидную или паранойяльно-галлюцинаторную структуру [Губер Г., Гросс Г., 1977]; выраженные аффективные расстройства и сверхценные идеи, или нарушение мышления и паранойяльный бред, или дезактуализацию бредовых переживаний на фоне значительного снижения интеллекта [Казаковцев Б. А., 1977]; витально-аффективный уровень бреда [Дереча В. Л., 1982].

Наиболее постоянным признаком хронического эпилептического бреда принято считать его религиозное, реже мистическое содержание. Однако эпилептический религиозный бред всегда следует отличать от присущей больным эпилепсии веры в бога. Религиозность истинно верующих обычно ограничивается верованием и всем, что может быть с ним связано.

В связи с этим религиозность верующих обычно сопровождается знанием теологии, молитв, религиозных обрядов, они стремятся приобщить к религии других, соблюдают религиозные каноны (в частности, десять заповедей), подчиняют свою обыденную жизнь общепринятым у верующих религиозным традициям. В отличие от всего этого религиозный бред при эпилепсии нередко возникает у людей, не имеющих никаких религиозных знаний и навыков. Их религиозность гротескна, вычурна. Она сопровождается дополнительными психопатологическими симптомами, проявлениями психического автоматизма, приводит к соответствующим фабуле бреда действиям и высказываниям (иногда установкам «преследуемого преследователя»).

В структуру бредового синдрома при эпилепсии изредка входят истинные психические галлюцинации и псевдогаллюцинации. Однако при тщательном психопатологическом анализе удается установить, что псевдогаллюцинации и психические галлюцинации почти всегда продолжаются мгновения и воспри-

нимаются на фоне также мгновенного изменения сознания (абсанса). Таким образом, эти феномены принципиально отличаются от наблюдаемых при шизофрении.

Бред величия при эпилептических психозах встречается значительно реже, чем религиозный. Особенно редко он бывает монотематическим, изолированным от религиозного бреда.

Известная сложность и многообразие бредовых переживаний, изредка наблюдаемых при эпилепсии, послужили основанием для появления терминов «эпилепсия с шизофреноподобным синдромом» и «шизоэпилепсия» [Груле Г., 1939; Голодец Р. Г., 1970, 1975]. Однако при психопатологическом анализе в подобных случаях всегда удается выявить связь бредовых переживаний с эпилептическими, а не шизофреническими особенностями мышления и всей структуры личности. В связи с этим многие из современных авторов, допуская квалификацию бредовой композиции при эпилепсии как «шизофреноподобной», не признают наличия шизоэпилепсии в качестве самостоятельной нозологической формы.

В случаях *острых травматических* психозов основное влияние на клиническую картину оказывает более или менее глубокое помрачение сознания, возникшее на основе гипертензионного синдрома. При этом нарушение сознания чаще кратковременное и сближается с аментивным или делириозным состоянием. Бредовые компоненты соответствуют степени и структуре помрачения сознания. Они могут быть бессвязными и сопровождаться беспорядочным возбуждением или несколько более целостными, фрагментарными, отрывочными. Нередко по мере снижения степени выраженности гипертензии аментивный бред переходит в делириозный. В том и в другом случае бредовая симптоматика находится в прямой зависимости от степени помрачения сознания и исчезает одновременно с его прояснением или с некоторой задержкой. Делириозный бред наблюдается при более легком течении психоза и чаще в тех случаях, когда в анамнезе пациента можно констатировать злоупотребление алкоголем.

Хронические травматические психозы с бредовым компонентом иногда возникают при травматической болезни в отдаленные периоды после травмы. Такие психозы развиваются на основе интеллектуального снижения, аффективных нарушений, астении, иногда хронической церебральной гипертензии. Если острые травматические психозы по времени возникновения и генезу непосредственно связаны с черепно-мозговой травмой, то хронические травматические бредовые психозы обычно обусловлены дополнительными «вредностями» (психо- или соматогения, алкогольная интоксикация и т. д.). Нередко можно отметить кататимный, катестезический механизм бредообразования.

Делириозный синдром органического генеза возникает несравненно реже, чем при травматическом психозе. Он имеет не фрагментарный, а целостный, но абортивный характер, напо-

миная обычный интоксикационный делирий, и, как правило, провоцируется даже незначительной алкоголизацией. Вообще формирование психопатологической симптоматики травматического бредового психоза во многом зависит от воздействия непосредственно предшествовавшего его началу вредоносного фактора. В этих случаях психопатологическая картина бреда характеризуется нестойкой паранойяльной и реже параноидной симптоматикой, иллюзорными переживаниями, фотопсиями и акоазмами, элементарными галлюцинациями, некритичностью или критическими сомнениями в момент переживаний, возможностью их коррекции и восстановления критики, степень которой зависит от уровня интеллектуального снижения. Нестойкий, преимущественно паранойяльный абортивный бред при хронических травматических психозах иногда уступает место более сложному бредовому синдрому с трансформацией бреда отношения в бред преследования. Органическая психопатологическая симптоматика при этом оказывается более массивной.

При других органических заболеваниях мозга бред развивается на основе остаточных явлений перенесенных в прошлом инфекционных менингоэнцефалитов, энцефалитов и близок по структуре к бредовому синдрому травматического генеза.

Бред различного *органического* (нетравматического) генеза характеризуется тесной связью бредовых высказываний с ночными делириозными переживаниями, отсутствием догматизма бредовых утверждений и интактностью к бреду ядра личности больного, сохранением способности больного к эмоциональным реакциям [Розенберг А. З., 1939]; имеет преимущественно элементарную структуру, менее богат по содержанию, сравнительно мало затрагивает интимные стороны жизни больного, развивается на фоне интеллектуального снижения [Каменева Е. Н., 1957]. К этому можно добавить, что бредовой синдром при органических заболеваниях нередко имеет мистическое содержание и по механизму бредообразования часто связан с нарушением сна и кратковременным изменением сознания, а по клинической картине — с интеллектуальным снижением.

В отдельных случаях при органических заболеваниях мозга возникновение бредового синдрома сопровождается сновидным изменением сознания, что также имеет место при «эпилептическом бредообразовании». Однако, возникнув, бредовые переживания фиксируются в сознании больного и могут сохраняться на протяжении многих лет в виде резидуального бреда.

Психозы при опухолях мозга, включающие бредовой или галлюцинаторно-бредовой симптокомплекс, имеют разнообразные психопатологическую структуру и содержание. Однако во всех случаях основу клинической картины составляет более или менее грубая, неуклонно прогрессирующая органическая симптоматика. В тех случаях, когда речь идет о доброкачественных новообразованиях (например, менингиомах), на первый план выступает гипертензионный синдром, преобладают жалобы нев-

рологического характера, бредовая симптоматика полиморфна, не отличается сложностью и постоянством, в меньшей степени зависит от локализации опухоли. При злокачественных новообразованиях их локализация существенно влияет на характер галлюцинаторно-бредовых переживаний, которые в начале заболевания могут напоминать шизофреноподобную картину. В дальнейшем структура психоза все больше зависит не только от роста опухоли и нарушения функций мозга, но также от сопровождающей этот рост интоксикации. На первых этапах заболевания симптоматика галлюцинаторно-бредового синдрома иногда напоминает клиническую картину шизофрении.

Бредовые синдромы при психозах позднего возраста. Психопатологический анализ бреда, связанного с церебральным *атеросклерозом,* относительно редко бывает предметом специального исследования. Это связано с тем, что большинство авторов изучают наиболее часто встречающиеся при церебральном атеросклерозе нарушения интеллекта, а не психотические феномены. В то же время бред, обусловленный склерозом сосудов мозга, имеет свои особенности и заслуживает отдельного рассмотрения. При этом необходимо учитывать, что патогенетическое влияние на бредообразование церебрального атеросклероза и других органических факторов разграничить очень трудно.

Сравнительно ограниченное количество публикаций, посвященных бредовому синдрому, возникающему при церебросклеротическом психозе, содержит указание на то, что при нем наблюдаются: бредовые идеи ревности, сочетающиеся с идеями отношения, преследования, воздействия, имеющие отрывочный монотематический нестойкий характер, иногда с «мерцанием» параноидной симптоматики и сверхценным или бредовым толкованием алгических и соматических симптомов [Виевская Г. А., 1965]; влияние на содержание бреда структуры личности, конкретной житейской ситуации и эмоциональная лабильность [Вишневская Э. С., Корнилов А. А., 1966]; чаще паранойяльная и реже параноидная, галлюцинаторно-параноидная симптоматика, сочетающаяся с сенестопатиями, ипохондрическими и депрессивными переживаниями [Илешева Р. Г., 1970]; психотические приступы, обусловленные сопутствующими острыми или хроническими соматическими страданиями, в частности гипертонией [Берриес Г. Е., Брук П., 1985]; чаще паранойяльная, а не параноидная структура бредового синдрома [Зиновьев П. М., 1950; Каменева Е. Н., 1957].

Учение об *инволюционном,* или предстарческом (пресенильном), психозе — один из весьма сложных, спорных разделов частной психиатрии. Дискуссия касается главным образом основного вопроса — правомерности выделения инволюционного психоза в качестве самостоятельной нозологической формы. Психиатры, признающие и отрицающие нозологическую самостоятельность инволюционного психоза, нередко ссылаются на одних и тех же «старых» авторов, которые при описании психозов инволюционного периода, с одной стороны, указывали на признаки, сближающие эти психозы с шизофренией, а с дру-

гой — подчеркивали характер течения и исход, не совпадающие с присущими шизофреническому психозу.

Э. Крепелин (1912) описывает «пресенильный бред ущерба» — заболевание, начинающееся после 40 лет, выражающееся в расстройстве мышления и бредовых построениях без присоединения галлюцинаций. Это заболевание отнесено им к инволюционным бредовым парафренным психозам, для которых характерны длительно развивающийся систематизированный бред, иногда фантастический, и в то же время отсутствие эмоциональных нарушений, дефектов памяти, волевой слабости, «выхода в шизофреническое слабоумие», т. е. относительно благоприятное течение. Такие бредовые возрастные психозы идентичны «хронической паранойе», описанной Г. Бергером (1913), к которой он относит хронические заболевания, начинающиеся в инволюционном периоде и протекающие с паранойяльным бредом без исхода в шизофреническое слабоумие. Признавая те же особенности инволюционных бредовых психозов, Е. Блейлер (1916) причисляет их к поздней шизофрении. Компромиссной точки зрения придерживается Е. Якоби (1930), различающий инволюционные психозы, близкие по структуре к поздним сосудистым и отличающиеся исходом в слабоумие, характерным для шизофрении. Достаточно твердо самостоятельность психозов позднего возраста отстаивают В. Майер-Гросс и соавт. (1954, 1960), отмечающие при них идеи виновности, ипохондрические, ущерба, обнищания «без выхода в слабоумие».

Отечественные психиатры уделяли много внимания изучению клиники и психопатологии инволюционных психозов в 1925—1940 гг. В. А. Гиляровский (1926) к психозам позднего возраста относит инволюционную депрессию, инволюционный бред преследования и указывает на многочисленные варианты своеобразных взаимоотношений при них между аффектом и бредом. Р. Е. Люстерник (1927), считающий инволюционные психозы самостоятельными заболеваниями, подчеркивает значение в их возникновении конституциональных и преморбидных свойств личности больного. В. П. Осипов (1931) к пресенильному бреду относит идеи ущерба, преследования, ревности, имеющие паранойяльную структуру.

А. З. Розенберг (1939) находит, что общим для бредовых психозов позднего возраста можно считать большее или меньшее снижение интеллекта. Он делит эти психозы на поздние шизофренические и нешизофренические — «параноические позднего возраста», психопатической природы с эротическим бредом, климактерические острые бредовые психозы сосудистого и сенильного генеза, органические инволюционные и собственно «инволюционные» психозы. При этом в случаях поздней шизофрении он связывает бредообразование с коренным изменением структуры личности, меняющим всю биографию больного, а при нешизофренических психозах — с искажением сущности преморбидных нормальных проявлений личности. В число проявлений шизофренических параноидов позднего возраста он включает отсутствие грубых нарушений интеллекта и влияния на формирование бреда органических и соматических нарушений, отрыв бредовых идей от реальности, наличие их аффективного сопровождения и одновременно эмоциональное снижение в структуре всех остальных (не касающихся бреда) переживаний; наличие в дебюте бредовых ощущений и восприятий, а также экспансивный характер дистимических эпизодов; галлюцинации, преимущественно вербальные, сопряженные с идеей насилия над личностью; негативное отношение к доводам, «оспаривающим» бредовые идеи, противоречащим этим идеям. Вообще же автор считает, что трудно различить поздние бредовые шизофренические психозы и пресенильные параноиды позднего возраста, а также доказать нозологическую самостоятельность последних, несмотря на такие характерные для них признаки, как наличие соматической и органической неврологической патологии. Б. Д. Фридман (1934) и Р. Я. Голант (1939) в своих исследованиях обращают внимание на бредовую симптоматику, связанную с факторами инволюции.

В 1955—1990 гг. интерес к проблеме нозологической принадлежности психозов, возникающих в возрасте инволюции, несколько оживился. Авторы,

признающие самостоятельное существование инволюционных психозов, отмечают ряд их особенностей: формирование бреда, сюжетно связанного с обманами памяти, иногда конфабуляциями, фантастическими построениями и сенестопатиями [Жислин С. Г., 1956]; влияние на возникновение заболевания наследственного предрасположения [Сумбаев И. С, 1963]; наличие тревожного аффекта и нарушения аналитико-синтетической деятельности мозга, содействующего возникновению бредовых идей [Лебедев Б. А., 1963]; слуховые иллюзии, соответствующие по содержанию идеям обнищания, ущерба, отношения [Вейтбрехт Г., 1963]; сюжетную нестойкость и направленность в будущее без тенденций к ретроспекции бредовых идей [Менделевич Д. М., 1964]; возникновение в начале психоза аффекта, предшествующего бредовым идеям самообвинения, самоуничижения, разорения, обнищания [Шумский Н. Г., 1965]; ситуационные и соматические факторы — одиночество, снижение зрения и слуха, играющие существенную роль в построении маломасштабного бреда преследования и ущерба [Шахматов П. Ф., 1965]; бред заражения паразитами [Визер-Казер, цит. по В. М. Блейхеру, 1984]; моралистический, психологический характер монотематического бреда ущерба, на возникновение которого существенное влияние оказывают ситуационные, психогенные, соматогенные и другие экзогенные моменты [Штернберг Э. Я., 1967; в последующих работах он относит большинство инволюционных психозов к поздней шизофрении]; тревожную ажитацию, преобладающую над другими симптомами и сочетающуюся с бредовой напряженностью, малый размах бреда с ограничением его содержания обыденными отношениями, а также начало в постклимактерическом периоде в отличие от поздней шизофрении, чаще начинающейся до климакса [Сиванова М. В., 1971]; отсутствие клинической гомогенности, психопатологическое и клиническое разнообразие позднего парафренного синдрома, позволяющее говорить не о поздней парафрении, а о поздних парафрениях — шизоаффективной, шизофреноформной и параноидной [Холден Н. Л., 1987].

Мы присоединяемся к психиатрам, которые находят принципиальные клинические и психопатологические различия между инволюционными психозами и поздней шизофренией. Эти различия достаточно четко обозначены в приведенном обзоре литературы.

Многочисленные клинические наблюдения, по нашему мнению, позволяют кратко сформулировать следующие особенности инволюционного бредового психоза как самостоятельной нозологической формы:

а) болезнь возникает в возрасте 40—60 лет, нередко в сочетании с климактерической симптоматикой. Острый дебют и первый этап заболевания обычно манифестируют эмоциональной лабильностью, идеями самоуничижения и включают ослабление памяти, счетных функций при относительной последовательности мышления. Затем или одновременно появляются паранойяльные переживания с идеями ущерба, обкрадывания, посягательства на здоровье, а также отмечается усиление бредовой симптоматики вечером и ночью;

б) грубые интеллектуальные нарушения могут отсутствовать, бред имеет паранойяльную структуру, монотематичен, элементарен, малопрогредиентен;

в) в бредовую концепцию вовлекаются малозначащие факты, в соответствии с которыми бред характеризуется фиксацией

на обыденных отношениях, ограничен бытовой, «кухонной» тематикой, правдоподобен. Генерализация бредовых построений отсутствует, они стереотипны, в течение многих лет тематика их не меняется, бредовая картина может дополняться лишь отдельными деталями, подтверждающими давнее бредовое умозаключение. Бредовые переживания иногда сочетаются со слуховыми и зрительными иллюзиями, имеют с ними тематическую связь;

г) бредовые идеи виновности, греховности часто сочетаются с идеями соматического неблагополучия, ущерба. Эти идеи реже возникают в начальном периоде болезни, чаще — при ее дальнейшем развитии и исходе, трансформируются в ипохондрические и близки к нигилистическому бреду. Некоторые авторы подобную клиническую картину называют «инволюционной меланхолией», считая, что дистимические и ипохондрические расстройства служат основанием для бредовых построений.

Во всех случаях, когда устанавливают диагноз «инволюционный психоз», его приходится разграничивать с диагнозом «поздняя шизофрения». Указанное разграничение почти всегда спорно и неубедительно. Можно согласиться с тем, что признание нозологической самостоятельности инволюционных психозов так же уязвимо, как и признание существования в позднем возрасте только поздней шизофрении. По-видимому, в данном случае речь идет не о диагностической истине, а о диагностических взглядах, диагностической установке каждого психиатра.

Исследование бредового симптомокомплекса, возникающего при *старческих (сенильных)* психозах, связано с именами В. П. Сербского (1892), П. Б. Ганнушкина (1901, 1904), Э. Крепелина (1912), Б. Д. Фридмана (1934, 1940), Э. Я. Штернберга (1967) и др.

Возникновение, содержание, структура, развитие и исход бреда при старческих психозах находятся в прямой зависимости от гериатрических (морфологических, мозговых, эндокринологических, соматических) изменений и нарушений, происходящих в организме больного. К таким нарушениям прежде всего относится атрофический процесс, происходящий в коре мозга, и вызванное им достаточно типичное прогрессирующее старческое слабоумие, характер и выраженность которого влияют на всю систему построения бреда.

К особенностям нарушения психики, предопределяющим бредовой синдром при старческом слабоумии, относятся: утрата памяти на текущие и относительная сохранность ее на прошлые события, дезориентировка во времени и собственной личности с «переплетением» в сознании больного давно происходивших и текущих событий; смешение во времени (в прошлое) самоощущения и самосознания больного; грубое интеллектуальное снижение с сохранением относительно фрагментарной способности к бредовому творчеству в виде конфабуляторного, нередко фантастического замещения пробелов памяти; псевдореминисценции.

Наиболее типичны для старческого психоза парафренно-фантастическая и реже параноидная структура бреда, включающего ипохондрические идеи, иногда с нигилистическим бредом, идеи собственной переоценки, величия, богатства, высокого происхождения, преследования, а также галлюцинации и яркие сновидения, нередко влияющие на содержание бреда.

По наблюдению некоторых психиатров [Тарнавский Ю. Б., 1979], бред преследования с ущербным содержанием при старческом психозе более характерен для недоброкачественного, интенсивного, деструктивного органического процесса. При этом по мере нарастания слабоумия такой бред становится все более эпизодическим, фрагментарным, его содержание и оформление всегда зависят от уровня слабоумия. В известной степени специфичным для старческого психоза признают нигилистический бред.

В отдельных случаях старческого бредового психоза существенные трудности представляет квалификация состояния сознания и влияние его нарушения на формирование бреда [Ивонно М. и др., 1988]. Среди причин возникновения острого старческого бреда называют токсикоинфекцию, индивидуальную интолерантность мозга, морфологические изменения гипоталамуса.

Сложность дифференциальной диагностики инволюционного и старческого психозов нередко связана с тем, что, с одной стороны, при предстарческом, инволюционном психозе иногда наблюдаются нигилистические идеи, типичные для старческого бреда, с другой — в картине старческого психоза нередко встречается бредовая симптоматика, более характерная для предстарческого психоза (например, стойкие идеи величия, материального, а не физического ущерба и малосюжетные примитивные идеи преследования). Наконец, часто не удается с достоверностью констатировать трансформацию предстарческого бреда в старческий.

Внезапное острое начало с расстройством сознания и гипоманикальным возбуждением, отрывочными идеями преследования и аффектом страха нельзя признать типичным для бредового старческого психоза. По нашим наблюдениям, такое начало отмечается при отягощении атрофического мозгового процесса дополнительными вредностями в виде интоксикации, острого или обострившегося соматического страдания, массивной психогении. Для старческого психоза более характерно постепенное начало с кульминацией бредового синдрома в стадии уже выраженного слабоумия.

Особенности бредовых синдромов при сифилисе нервной системы. Психозы, генез которых обусловлен метасифилисом — сифилитическим поражением центральной нервной системы, включают сифилис мозга, прогрессивный паралич, табопаралич.

В клиническую картину психоза при *сифилисе мозга* нередко входит бредовой или галлюцинаторно-бредовой синдром, который не всегда легко отграничить от шизофренических. В тех случаях, когда отсутствует выраженная органическая симптоматика, в начале заболевания часто устанавливают диагноз параноидной шизофрении или, в лучшем случае, шизофреноподобного синдрома. Лишь иногда, получив серологическое подтверждение действительного характера заболевания, удается обнаружить значимые различия выявленного бреда и галлюцинаций от такой же симптоматики при шизофрении.

Комплексное (морфологическое, неврологическое, психиатрическое) исследование психоза при сифилисе мозга было проведено А. И Абрикосовым, П. Б. Ганнушкиным, М. С. Маргулисом в 1927 г. В их коллективной монографии подчеркнуто, что в картине этого психоза на первый план выступают галлюцинации и бредовые идеи. Обычно болезнь развивается постепенно и течет медленно. Очень часто наблюдаются идеи преследования, связанные с галлюцинациями, нередко встречается также бред величия, при этом больные обычно остаются доступными, общительными, могут еще долго продолжать работать, достаточно часто понимают, что больны. Критическое отношение к собственным переживаниям является одним из существенных дифференциально-диагностических факторов.

Более или менее характерными признаками сифилиса мозга разные авторы признают: отсутствие или слабую выраженность тенденции к систематизации бреда, кататимические особенности его развития, наличие выраженной аффективной реакции, сравнительно быстро наступающий «предел» генерализации бреда и отсутствие в его структуре символики [Голант Р. Я, 1949]; соответствие содержания бреда относительно большей интеллектуальной сохранности, отсутствие пароксизмальности и наличие депрессивной окраски [Чехович Я. И, 1956]; феноменологическое сходство сифилитического бреда с шизофреническим [Каменева Е. Н., 1957]; разнообразное содержание бредовых идей, не всегда сопровождающихся снижением интеллекта [Тургиев С. В., 1960].

Материалы упомянутых и других авторов, а также собственные наблюдения позволяют выделить особенности бреда при сифилисе мозга, проявляющегося в двух вариантах — в виде острого бурно развивающегося бреда, сопровождающегося помрачением сознания, делириозной бредовой симптоматикой, и в форме хронического, медленно прогрессирующего бреда с галлюцинаторной или галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, составляющей соответственно психотическую форму сифилиса мозга. К указанным особенностям относятся следующие клинические факты: хронический психоз может включать вербальный галлюциноз [Плаут Ф., 1913] и галлюцинаторно-параноидный синдром (параноидная форма Крепелина); галлюциноз, только вербальный, развивается медленно при непомраченном сознании, характеризуется достаточной критикой в промежутках между галлюцинаторными восприятиями и ее ослаблением в момент галлюцинирования; галлюциноз часто составляет основное и единственное проявление психотической симптоматики, он не сопровождается органическим слабоумием, имеет сходство с хроническим алкогольным вербальным галлюцинозом; мо-

гут возникнуть параноидные переживания, отличающиеся очень медленным развитием и иногда периодическими обострениями (в этих случаях сначала отмечается болезненная реакция на голоса, обычно «ругающие», «угрожающие», «издевающиеся», «сообщающие об измене жены» и т. д., а затем развивается бред преследования, иногда ревности); бредовой синдром включает бредовые идеи, целиком основывающиеся на содержании галлюцинаций, при этом полностью утрачивается критическое отношение к ним; длительное время сохраняется тематическая направленность бредовых идей и вначале даже известная тенденция к их систематизации, но в дальнейшем бред не систематизируется и генерализация его существенно ограничена; содержание вербальных галлюцинаций соответствует эмоциональному состоянию больного (подавленное настроение, депрессия); бред и эмоциональная реакция поддерживают друг друга и оказывают взаимное влияние; психопатологическая симптоматика длительное время остается полиморфной; развитие бреда и формирование неврологических симптомов с нарастающим органическим слабоумием находятся в обратной зависимости: по мере нарастания слабоумия бред постепенно тускнеет, теряет актуальность, стирается; бредовые идеи преследования и ревности иногда имеют феноменологическое сходство с подобными переживаниями при шизофрении.

В качестве дифференциально-диагностических критериев при установлении диагноза «сифилис мозга» служат результаты оценки состояния интеллекта, мышления, критики, особенности динамики и неврологическая симптоматика. От психотического варианта сифилиса мозга отличается форма, при которой можно констатировать вполне адекватную психогенную реакцию на факт заражения сифилисом. Она выражается в тягостных мыслях о позоре, вине перед родственниками, страхе неизбежного признания, опасениях заразить жену, детей и т. д. Все эти опасения и страхи упорны, могут вызвать суицидальные намерения, но не приобретают свойств обсессивного синдрома, сверхценной идеи или бреда.

В связи с тем что сифилис мозга обычно начинается через 1—3 года после заражения сифилисом, некоторые авторы называют его ранним сифилитическим психозом.

В противоположность этому *прогрессивный паралич* [Бейль А., 1822], развивающийся через 8—10 лет после заражения, именуется поздним сифилитическим психозом. Это страдание относится к немногим психическим заболеваниям, этиология, патогенез, клиника и психопатология которого достаточно хорошо изучены.

Бредовой синдром, возникающий при прогрессивном параличе и интересующий нас в первую очередь, включает следующие типичные и специфичные признаки:

а) невротические и неврологические расстройства, возникающие и постепенно прогрессирующие головная боль, раздражи-

тельность, эксплозивность, слабодушие, грубость, а также моральное уплощение, утрата этических принципов, порядочности, нарастающая легкомысленность;

б) неадекватность и поверхностность оценки происходящего, прогрессирующая дезориентировка в окружающей обстановке и месте при относительной сохранности ориентировки в собственной личности, нестойкость настроения с дистимическими расстройствами в виде смены понижающегося до депрессии или повышающегося до гипомании настроения, а также необоснованные, нелепые поступки;

в) ассоциативные нарушения, расстройства памяти с псевдореминисценциями и быстро развивающееся слабоумие, чи с каким другим не сопоставимое, тотальное, постоянно прогрессирующее, служащее основой для другой симптоматики, а также полное отсутствие критической оценки любых расстройств собственной психики с частичным сохранением понимания проявлений соматического неблагополучия и боли;

г) бред величия, преобладающий над другой симптоматикой, и очень редко нетипичный для этого заболевания бред преследования, самоуничижения и самообвинения, а также галлюцинации. Специфичность бреда величия при прогрессивном параличе определяется глубоким слабоумием, характеризующим все его элементы. Бред отличается нестройностью бредовой системы, вернее, ее полным отсутствием, непостоянством, противоречивостью, отрывочностью бредовых высказываний, фантастичностью, гротескностью и нелепостью их содержания, отсутствием критики больного, непониманием несовместимости собственных суждений с объективной реальностью, существующими знаниями, опытом. Бред величия включает бред «собственной необыкновенности» и бред богатства, которые можно признать специфичными для прогрессивного паралича. Бред «собственной необыкновенности» выражается в нелепой переоценке больным состояния своего организма (вечное здоровье, «необыкновенная» сила, «гениальность», «бессмертность») и собственных возможностей («способность убивать и воскрешать взглядом», «наличие власти над Вселенной», «богоподобность» и т. п.). Бред богатства выражается в утверждениях о принадлежащих больному колоссальных богатствах, тысячах тонн золота, платины, драгоценных металлов, дворцах и поместьях, островах, странах и т. д. Большинство вариантов бреда величия при прогрессивном параличе по степени неправдоподобности, нелепости, громадности, фантастичности превосходят все варианты парафренного бреда при шизофрении;

д) своеобразие дистимических расстройств, проявляющихся в виде гипомании или эйфории и депрессии. При этом возбуждение, чаще маниакальное, вызываемое алкоголем или фармакологическими средствами, способствует усилению продуцирования бреда величия. Вещества, подавляющие двигательную реакцию, способствуют появлению идей преследования и ниги-

листических бредовых идей. В такой же зависимости находятся тематика бредовых идей и общее настроение больного: приподнятое настроение соответствует бреду величия, депрессивное — бреду преследования. Используя внушаемость больного, можно, повысив его настроение, вызвать интенсификацию идей величия;

е) поведение больного в одних случаях адекватно его высказываниям, в других противоречит им. Так, говоря о своем величии, больной может высокомерно держаться, украшать свою одежду бумажными орденами, придерживаться повелительного тона или сообщать о своем богатстве и одновременно подбирать крошки хлеба, выпрашивать у других больных гостинцы и т. п.;

ж) постепенное, по мере нарастания слабоумия, потускнение бреда, исчезновение ажитации и эйфории при относительном постоянстве содержания бреда.

Прогрессивный паралич диагностируют на основании типичной для него неврологической симптоматики, включающей достаточно специфичный феномен Арджила Робертсона (отсутствие фотореакции зрачков при сохранности реакции на аккомодацию), своеобразную дизартрию, а также специфичных результатов серологических исследований крови и спинномозговой жидкости (положительная реакция Вассермана и «паралитическая» трапециевидная форма реакции Ланге — шестерки, пятерки, четверки и т. д.). К изложенному выше можно добавить, что на содержание бреда величия в значительной степени влияют семейные события.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на наличие исчерпывающих данных о природе прогрессивного паралича и сифилиса мозга, морфологических нарушениях при этих заболеваниях, их патогенезе и исходе, не установлено, почему в одних случаях сифилитического заболевания патологический процесс ограничивается соматическими нарушениями, а в других — нарушениями центральной нервной системы. Неясно также, почему у одних больных нейросифилисом возникает гуммозный процесс, у других — «сифилис мозга», «табопаралич» или «прогрессивный паралич». Несмотря на многочисленные исследования, не удалось уточнить факторы, влияющие на течение сифилиса мозга (с галлюцинаторно-бредовым синдромом и без него) и прогрессивного паралича (с бредом величия, богатства или только с нарастающим слабоумием без какой-либо параноидной и галлюцинаторной симптоматики).

Особенности алкогольных бредовых психозов, развивающихся при непомраченном сознании. Существование подобных психозов в виде самостоятельных нозологических форм признают не все психиатры. Говоря о заболеваниях бредовой структуры, связанных с алкогольной интоксикацией, большинство авторов имеют в виду не самостоятельные алкогольные психозы, а заболевания, обусловленные сочетанием патогенных факторов, таких, как остаточные явления после органических заболеваний мозга, черепно-моз-

говых травм, а также выраженная конституциональная психопатия, или психопатизация личности.

Наряду с «алкогольной паранойей» Крепелина и бредовой формой алкогольного полиневрита Корсакова, о которых много писали в начале века, некоторые авторы считают относительно типичными для бредовых (недельриозных) алкогольных психозов: алкогольные параноиды с «негаллюцинаторным» бредом преследования — острым, затяжным, рецидивирующим [Гофман А. Г., 1961]; бредовой вариант острого алкогольного галлюциноза, при котором на фоне непомраченного сознания доминирует бред, а вербальный галлюциноз редуцирован [Жислин С. Г., 1965]; ситуационный характер бреда, начинающегося после непродолжительного продрома, развивающегося на почве соматического неблагополучия, алкогольной интоксикации, психогении, но не включающего элементы расстройства сознания [Лукомский И. И., 1975]; идеи преследования, имеющие паранойяльную структуру, примитивную персекуторную фабулу бреда, вербальные галлюцинации, по содержанию соответствующие бредовым переживаниям и конкретизирующие их, чувственный характер бреда [Дементьева Н. Ф., 1973]; фрагментарность, непродолжительность, рецидивирующий характер бредовых идей [Иванец Н. Н., 1975]; конкретность бредовых идей, их направленность на окружающих, сюжетную связь с галлюцинациями [Гулямов М. Г., 1975].

Клиника бредовых психозов паранойяльной структуры (глава 4) в случаях «алкогольного отягощения», не сопровождающегося какими-либо признаками нарушения сознания, изменяется несущественно. При корсаковском полиневритическом психозе, имеющем всегда алкогольный генез и развивающемся на фоне непомраченного сознания, изредка можно наблюдать фрагментарные идеи отношения, сопровождающиеся тревогой и страхом. Такие идеи, как правило, не имеют самостоятельной структуры и не сохраняются от одного обследования больного к другому, а каждый раз повторяются, как вновь возникшие. Создается впечатление, что больной с грубым расстройством памяти на текущие события не помнит о своих предыдущих бредовых высказываниях, а идеи отношения каждый раз возникают вновь под влиянием тревоги и страха.

Среди алкогольных психозов, характеризующихся всеми признаками сохранного сознания, особое место занимает «алкогольный бред ревности». Однако его всегда необходимо дифференцировать от бреда ревности иной природы, поэтому его клиника рассматривается ниже в самостоятельном разделе, посвященном бреду ревности разной этиологии.

Особенности бреда ревности при разных психических заболеваниях. Бредовой симптомокомплекс, включающий бредовые идеи супружеской неверности, супружеской измены, охлаждения супружеских чувств, «классического треугольника» («наличия третьего»), встречается при разных психических заболеваниях. Характер психического заболевания существенно влияет на структуру, феноменологию, динамику бреда ревности. Бредовые идеи ревности могут быть единственным проявлением бредового симптомокомплекса или одним из элементов более сложной бредовой композиции. Последнее обстоятельство чаще зависит от остроты психоза и

этапа, длительности его развития, чем от нозологической принадлежности. При любом варианте бреда ревности его элементы находятся в тесной взаимосвязи с другими бредовыми идеями (если они входят в картину болезни) и со всеми в первую очередь подлежащими анализу критериями, характеризующими клинику: состоянием сознания, мышления, интеллекта, критики, эмоциональной сферы. Приведенные положения лишают смысла давно ведущуюся дискуссию о признании бреда ревности самостоятельным психическим заболеванием или самостоятельным психопатологическим синдромом [Крафт-Эбинг, 1897; Корсаков С. С., 1901; Крепелин Э., 1912; Осипов В. П., 1916, 1923; Блейлер Е., 1920; Ясперс К., 1923; Пауляйкоф Б., 1977] либо составным элементом бреда отношения и преследования [Гиляровский В. А., 1938; Гуревич М. О., 1949; Люстерник Р. Е., 1968, и др.] или бреда ущерба, физического недостатка, ипохондрического бреда [Рахманов Н. Р., 1969].

Проявления бреда ревности не всегда удается легко и категорично разграничить с непсихотической, характерологической или краевой ревностью. К параметрам бреда, критериям, помогающим провести разграничение, можно отнести:

а) степень доминирования идей ревности в психике больного, степень его «охвата» этими идеями;

б) неадекватность механизма зарождения идей ревности характеру вызвавшей их посылки;

в) наличие наряду с правдоподобными неправдоподобных, иногда нелепых доказательств супружеской неверности;

г) придание основного значения надуманным бредовым доказательствам супружеской измены, иногда при одновременном игнорировании правдоподобных и даже объективных признаков измены;

д) генерализованный характер фабулы бреда и несоответствие ей слишком большого диапазона сексуальных, эротических высказываний, рассуждений, переживаний;

е) прямую зависимость поведения больного от идей ревности с разработкой и осуществлением сложной системы проверки и доказательств;

ж) создание портрета «третьего» с наделением его физическими, должностными, социальными достоинствами и преимуществами перед больным;

з) построение сложной бредовой системы с вовлечением в нее других лиц (незнакомых, знакомых, родственников), недоброжелательно относящихся к больному, и появление инициальных признаков бреда отношения, преследования, особого значения.

Некоторые из перечисленных критериев оцениваются одинаково или с незначительными отклонениями при разных психических заболеваниях, протекающих с бредом ревности, а другие имеют типичные или даже специфичные особенности, характерные для конкретной нозологической формы.

Наиболее выраженные различия в оценке тех или иных признаков бреда ревности наблюдаются при бредовой шизофрении, инволюционном психозе, церебральном атеросклерозе, алкогольном психозе. Литература по каждому вопросу, касающемуся бреда ревности, практически необозрима. Мы сомневаемся в целесообразности ее подробного анализа, поэтому ограничимся выборочными ссылками на некоторые высказывания по наиболее спорным вопросам проблемы бреда ревности.

Подход исследователей к анализу бредовых идей ревности, наблюдаемых при *шизофрении,* весьма неоднозначен. Нередко по одному и тому же вопросу высказываются противоречивые, а иногда диаметрально противоположные взгляды. Так, одни авторы считают, что бред ревности нетипичен для шизофрении, а скорее атипичен и обычно свидетельствует об осложнении шизофренического процесса экзогенными факторами (алкоголизм, черепно-мозговая травма и т. д.). Другие полагают, что бредовые идеи ревности могут входить в структуру ничем не осложненного шизофренического процесса. Многие допускают возможность самостоятельности, монотематичности идей ревности при шизофрении или их обязательное сочетание с другими бредовыми идеями.

Большинство авторов согласны с тем, что для шизофренических идей ревности характерны: интеллектуальная, а не чувственная форма бреда; отсутствие аргументации, попыток больного логически, «опираясь на факты», доказать правильность своего убеждения; соответствие характера бреда степени шизофренического нарушения мышления и наличию эмоционального дефекта; зависимость структуры бреда, его развития, генерализации, сочетания с галлюцинациями от стадии шизофренического процесса; иногда наличие депрессивного фона (особенно у женщин); амбивалентное отношение больного к объекту ревности, обычно без требований развода; отсутствие склонности к систематизации бреда [Завилянский И. Я., 1936; Каменева Е. Н., 1957; Полинковский С. И., Лившиц С. М., 1959; Хохлов Л. К., 1960; Калинина Н. П., 1973; Качаев А. К., Москвичева А. Ф., 1973; Козлова А. М., 1984, и др.].

В паранойяльной стадии шизофрении, так же как при вялотекущем шизофреническом процессе, длительное время не переходящем в параноидную стадию, бредовые идеи ревности могут быть относительно монотематичными, неопределенными, непостоянными, иметь свойства скорее сверхценных, чем бредовых, идей, сочетаться только с идеями отношения. При этом идеи ревности не всегда проявляют тенденцию к генерализации, составляют ограниченную бредовую систему и длительное время «не обрастают тематикой преследования».

В дополнение к изложенному и присоединяясь к ряду авторов, мы признаем достаточно характерными для шизофренического бреда ревности также его внезапное возникновение (инсайт), отсутствие или примитивность системы доказательств,

относительно незначительное по сравнению с аналогичным бредом при других психозах эмоциональное сопровождение, колеблющееся, однако, от апатии или депрессии до стенического злобного аффекта. В случае присоединения к бреду ревности идей преследования или сочетания с идеями преследования, появившимися до или после возникновения бреда, можно отметить его большую динамичность в параноидной стадии.

Отличительные свойства бреда ревности при *психозах позднего возраста* нередко трудно отнести к тому или иному психозу. Это связано с тем, что в случае преобладания признаков атеросклероза очень часто можно выявить типичные инволюционные психотические и непсихотические симптомы, а при инволюционном психозе не всегда удается исключить снижение интеллекта, связанное с церебральным атеросклерозом. Вместе с тем при одной и другой нозологических формах наблюдаются особенности бредовых идей ревности, более типичные для каждой из них.

При *церебросклеротическом психозе* бредовые идеи ревности развиваются на фоне выраженного интеллектуального снижения, ослабления внимания, формальных способностей, памяти с возможными реминисценциями и конфабуляциями; имеют хроническое течение с эпизодическими обострениями; легко возникают в случае присоединения любой интоксикации, инфекции, других экзогений; иногда сопровождаются онирическим или иным помрачением сознания, эротическими переживаниями; отличаются стойкостью и длительно сохраняются; нередко имеют нереалистичное, нелепое содержание, развиваются на фоне соматического неблагополучия, включая потерю потенции.

При *инволюционном психозе* бред ревности чаще возникает у лиц с психастеническими чертами характера, соматическим неблагополучием, признаками климакса и со снижением потенции; развивается медленно, «постепенно приобретает черты бреда малого размаха», в отдельных случаях с переосмыслением в плане бреда давних событий и давних обид; имеет постоянное монотематичное содержание, начальную систему без выраженной тенденции к включению новых «бредовых фактов», иногда сочетается с идеями ущерба и почти всегда — с выраженным депрессивным фоном; характеризуется отсутствием грубого нарушения памяти и счетных функций, частичной сохранностью критики в инициальном и ее утратой в кульминационном периодах, отсутствием галлюцинаторных переживаний.

«Алкогольный бред ревности» как обозначение синдрома алкогольного психоза или наименование самостоятельной формы алкогольного заболевания упоминается очень давно. По свидетельству И. В. Стрельчука (1947, 1970) и Г. М. Коняхина (1973), клиника бреда ревности алкоголиков была впервые описана В. Нассе (1878). Однако феноменология и течение этого заболевания были тщательно изучены лишь в первой трети XX в. Понимание этиологии бреда ревности, наблюдаемого у

больных алкоголизмом, не было однозначным. Некоторые ученые, возглавлявшие немецкую психиатрическую школу [Блейлер Е., 1911, 1926], относили любой бред ревности к проявлениям шизофренического процесса, причем алкоголизм, органическое (травматическое) поражение мозга, церебральный атеросклероз, предшествующие возникновению бреда ревности, они считали лишь сопутствующими факторами. Большинство же психиатров [Корсаков С. С., 1901; Суханов С. А., 1903; Мендель Е., 1904; Крепелин Э., 1908; Рыбаков Ф. Е., 1913; Осипов В. П., 1926, 1931, и др.] отграничивали синдром бреда ревности, встречающийся при шизофрении и различных органических психозах, от «алкогольного бреда ревности», типичного или даже специфичного только для алкогольных заболеваний. В. П. Сербский (1912) называл бред ревности «клеймо алкоголизма».

Значительная сложность выявления и квалификации алкогольного бреда ревности связана с двумя обстоятельствами: во-первых, не всегда легко отличить обычную неболезненную ревность от гипертрофированной психопатической ревности и сверхценных или бредовых идей ревности; во-вторых, бредовые идеи ревности встречаются и по-разному проявляются при различных алкогольных психозах или на разных этапах развития алкогольного заболевания. Последнее обстоятельство наиболее существенно, так как возникновение, развитие, проявление и исход синдрома бреда ревности неодинаковы при психозах алкогольной природы разного патогенеза.

К алкогольным заболеваниям или их этапам, неоднозначным по патогенезу, а иногда и по нозологическим особенностям, можно отнести:

а) хронический алкоголизм у психопатической личности с гипертрофированными идеями ревности;

б) хронический алкогольный вербальный галлюциноз с нестойкими сверхценными или бредоподобными идеями ревности;

в) хронический алкоголизм, чаще запойная форма, со стойкими сверхценными идеями ревности;

г) алкогольный паранойяльный бред ревности;

д) алкогольный параноидный бред ревности;

е) алкогольный острый вербальный галлюциноз с бредом ревности;

ж) алкогольный делирий с эпизодами бреда ревности;

з) резидуальный алкогольный бред ревности.

Алкогольный параноидный бред ревности включает галлюцинации и персекуторные идеи или входит в их структуру. При остром вербальном галлюцинозе сюжет идей ревности часто основывается на содержании галлюцинаторных переживаний. К «резидуальному бреду ревности» относятся идеи ревности, входившие в структуру делирия или острого галлюциноза и сохранившиеся после выхода из острого психотического состояния.

Перечислить монографии, диссертации, статьи, посвященные клинике и психопатологии алкогольного бреда ревности, не представляется возможным. За исключением оригинальных исследований, большинство из них, особенно опубликованные в последние 10—15 лет, содержат повторение (в разных сочетаниях) давно известных и неоднократно высказывавшихся ранее концепций и постулатов о патогенезе и клинике изучаемого психоза. Из психиатров, сделавших в последние десятилетия что-либо для решения проблемы алкогольного бреда ревности, по нашему мнению, заслуживает упоминания И. В. Стрельчук (1947, 1970), Л. Я. Штиллер (1947), А. Г. Гофман (1960), С. Г. Жислин (1960), И. И. Лукомский (1960, 1962), Г. Н. Соцевич (1960, 1963), Н. П. Калинина (1973), М. Г. Гулямов (1975), Е. И. Терентьев (1978).

Перечисленные и многие другие авторы указывают на значение в возникновении бреда ревности конституциональных особенностей личности больных, перенесенных ими в преморбиде экзогенных вредностей, включая органические, травматические заболевания мозга и соматическое неблагополучие, в том числе импотенцию, действовавшего в преморбиде психогенного фактора, наличия в прошлом фактов, позволяющих предполагать супружескую неверность, длительности злоупотребления алкоголем.

Достаточно типичным для алкогольного бреда ревности можно признать следующие признаки, многие из которых упоминают перечисленные выше авторы: нечеткость и нестойкость бредовых идей, возобновляющихся или обостряющихся при алкоголизации; примитивность бредовых построений, их конструктивная простота, бедность содержания с использованием элементов происходящего вокруг, ограниченность бытовыми сюжетами; монотематичность бредовых идей без их генерализации или с ограниченным ее диапазоном; отсутствие или бедность галлюцинаторных переживаний, нередко возникающих из бреда и реже «питающих его», всегда соответствующих бреду по содержанию, и своеобразие редких зрительных галлюцинаций эротического характера; излюбленная сексуальная тематика высказываний, поведение, соответствующее бредовому умозаключению, садистско-мазохистские тенденции в интимных отношениях; аффективное сопровождение бредовых высказываний (в отличие от эмоционально-скудного при шизофреническом бреде ревности); логическая последовательность бредовых доказательств со стремлением обосновать свое умозаключение; постепенное «созревание» бредовой концепции, начинающееся со скрытого этапа, при котором идеи ревности высказываются только в состоянии алкогольного опьянения, и заканчивающееся развитым периодом «бредового охвата идеями ревности»; тенденция к систематизации бредовых идей, связанная с интерпретациями, «накоплением» новых фактов; параллелизм между развитием бреда и алкоголизацией с обострениями или ре-

цидивами бредового синдрома, зависящими от повторной алкоголизации; оскудение, уплощение бредовых идей по мере прогрессирования алкогольной деградации личности и алкогольной деменции.

Подчеркнем, что перечисленные признаки с большей или меньшей полнотой и выраженностью присущи алкогольному бреду ревности, рассматриваемому в качестве нозологической подформы хронического алкогольного психоза, а не в виде эпизода острого галлюцинаторного, делириозного или других состояний.

Особенности бреда при реактивных психозах. Механизм образования бреда, его феноменологическая характеристика, динамика и исход при реактивных психозах имеют много общего, несмотря на крайнюю полиморфность психогенно-травмирующих факторов и различия почвы, на которой развивается психоз. Указанная полиморфность находит отражение не в сущности психогенно возникшего бреда, а в особенностях темпа его возникновения, степени изменения сознания и нарушения мышления, характере развития. В этих случаях бредовой симптомокомплекс всегда в большей или меньшей степени соответствует триаде психогенеза реактивного психоза: временна́я связь начала психоза и действия психогенно-травмирующего фактора; относительная адекватность интенсивности психотической симптоматики спровоцировавшему ее психогенному фактору; «звучание» в сюжете психоза содержания психогении.

Вместе с тем многие авторы приводят описание клиники психогенного бреда, наблюдаемого при тех или иных условиях бредообразования, и в соответствии с этими условиями по-разному формулируют обозначение бредового синдрома. Количество таких обозначений необозримо. Некоторые из них оригинальны, а большинство представляет собой тавтологию с использованием разных прилагательных. Мы приводим лишь некоторые из них: бред «осуждения» или «невиновности» и «помилования», возникающий у лиц, находящихся под стражей [Дельбрюк А., 1857]; хронический бред на почве «сонных грез» и бред «вражеского пленения» [Суханов С. А., 1901, 1915]; бредовые идеи, психологически выводимые из аффекта, психогении и галлюцинаций на фоне расстроенного сознания [Ясперс К., 1923]; «острый параноид» изоляции в «чуждой среде» [Ганнушкин П. Б., 1933]; делириозный бред при бессоннице [Попов Е. А., 1934]; психогенный бред в виде патологического «заострения» нормальной реакции личности, связанного с отягчающими обстоятельствами [Введенский И. Н., 1938]; острые галлюцинаторные параноиды вынужденного бодрствования [Кроль Н. М., Бурковская М. А., 1939]; параноиды внешней обстановки, «измененной почвы» и «железнодорожный параноид» [Жислин С. Г., 1940]; параноические реакции, связанные с психогенией и психопатической предрасположенностью [Молохов А. Н., 1940];

параноид стресса [Селье Г., 1940]; острые аффектогенные параноиды военного времени [Малкин П. Ф., 1946]; идиопатические параноиды — параноиды «аффекта страха» [Боднянская Н. Н., 1947]; паранойяльный бред ситуационного генеза у психопатов [Джимшелейшвили Н. В., 1963]; бред пребывания в иноязычной среде и бред тугоухих [Смулевич А. Б., 1976].

К этому многообразию терминов и понятий, пожалуй, можно добавить другие обозначения психогенного бреда, встречающиеся в литературе, такие, как «бред раскаяния в действительно совершенном поступке», «соматогенно опосредованный бред при наличии тяжелого заболевания», «ауто- и гетеросуггестивный бред», «бред опасения» и т. п.

Все реактивные параноиды, обозначенные перечисленными и многими другими терминами, по содержанию и характеру психотравмирующего воздействия можно условно объединить в три группы:

а) моноэтиологичные параноиды, обычно острые, возникшие в результате воздействия массивного фактора, вызвавшего стресс;

б) полиэтиологичные параноиды, вызванные сочетанием психогенно-травмирующих факторов, действующих одномоментно или наслаивающихся друг на друга;

в) ситуационные параноиды, обусловленные длительным воздействием психотравмирующей ситуации, нередко развивающиеся на «предрасполагающей экзогенной или эндогенной почве» в результате воздействия одного или нескольких факторов.

Острые параноиды, как правило, возникают в результате воздействия психогенного фактора, вызывающего стресс. В соответствии с теорией Селье «клинику стресса», или развитие реакции стресса, можно условно разделить на следующие основные фазы: первая — «реакция тревоги», представляющая собой непосредственный ответ личности на грубое психогенное вмешательство извне и являющаяся результатом мобилизации всех «защитных механизмов» (имеются в виду не только психические, но также неврологические и соматические защитные механизмы); вторая — мобилизация всех адаптационных возможностей, что позволяет личности сопротивляться с его последствиями; третья наступает только тогда, когда мобилизация механизмов сопротивления и адаптации оказывается недостаточной и личности не удается справиться со стрессовым фактором.

По Г. Селье, в процессе сопротивления стрессу неизбежным следует признать подсознательный пассивный и сознательный активный поиск противодействия содержанию стресса и уже возникшей или возникающей реакции на него. Если противодействие стрессу, одномоментному или хронически действующему, оказалось несостоятельным (малосостоятельным, частично состоятельным), то личность чаще всего реагирует патологической психической реакцией. Эта реакция может быть инерт-

ной, пассивной и выражаться в виде угнетения, депрессии или апатии. В других случаях реакция представляет собой как бы дальнейшую предельную мобилизацию защитных механизмов в виде нарушения, помрачения сознания, возникновения истерического (типа ганзеровского), аментивного, онирического симптомокомплекса. Наконец, ответная реакция личности на воздействие стрессового фактора определяется диапазоном патологического творчества, на которое она способна, и тогда возникает параноидный синдром. Поскольку этот синдром «защитный», в него всегда или почти всегда входят бредовые идеи отношения, преследования и сопровождающий их аффект страха.

Полиэтиологичный психогенный фактор, особенно длительно действующий, может быть нивелирован только при наличии достаточно мощного механизма адаптации и сопротивления. При этом адаптация к разнообразным составным элементам полиморфного психогенного фактора нуждается в активной реакции личности и значительной ее резистентности к всевозможным вредным воздействиям. Вследствие этого ослабление любых психических или соматических функций организма, т. е. ослабление «почвы», способствует развитию патологической реакции, нередко в виде параноидного симптомокомплекса. Некоторые психиатры в связи с этим говорят об астеническом механизме «реактивного» бредообразования. И. Н. Введенский (1948) подчеркивает существенное отличие психогенных параноидов, наблюдавшихся в годы второй мировой (Великой Отечественной) войны, от параноидов, возникавших в мирное время и встречавшихся во время других войн, и перечисляет следующие особенности этих параноидов: явления физического и психического истощения; социальный и криминальный состав «носителей» бредовых реакций, бредовых представлений, связанных с темой войны; относительное однообразие и несложность бредового сюжета; узкоспецифический характер службы; развертывание бреда на фоне депрессивно-апатического состояния; выраженное чувство собственной недостаточности и вины — астенический характер бредообразования с переходом после окончания войны к стеническому бредообразованию в виде повышенной самооценки.

С приведенными соображениями не вполне совпадают наблюдения У. Ледерера (1965), который исследовал психическое состояние лиц, находившихся во время войны в концентрационных лагерях, переживших взрыв атомной бомбы и оказавшихся после окончания войны в сфере внимания психиатров. Психическое состояние этих лиц, проявлявшееся в лагере в «душевном оцепенении, заморожении», после окончания войны характеризовалось неспособностью и нежеланием вернуться в жизнь, «пребыванием во власти воспоминаний о пережитом» с преобладанием субдепрессии или депрессии, соматического дискомфорта. По-видимому, пассивностью, астеничностью психики можно объяснить отсутствие у этих лиц психогенного бредово-

го творчества. Однако автор наблюдаемое им состояние называет «синдромом преследования», который соответствует термину немецких психиатров «KL-синдром», или «синдром концентрационных лагерей». Степень психогенной реакции подавленности, угнетения, депрессии без проявления патологического творчества в виде параноида существенно зависит от структуры личности и конституции пациента. Указанной зависимостью в сочетании с реакцией гипертимии можно объяснить наблюдавшийся И. В. Белокрыловым (1991) случай гипоманиакального психогенного состояния, без бреда.

Особое место среди реактивных параноидов занимают так называемые ситуационные параноиды, развившиеся на неблагоприятной почве. Изучению клиники указанных параноидов психиатры уделяли много внимания в 1940—1960 гг. С. Г. Жислин (1940, 1956, 1965) реактивными параноидами называет ограниченные во времени внутренние, замкнутые и оторванные от общего развития личности эпизоды. Такие параноиды характеризуются острым началом, бурным течением, острым проявлением психотической симптоматики, полным выздоровлением. К основным факторам, способствующим возникновению острых психогенных параноидов, автор относит: изменение почвы, на которой развивается психоз; ситуацию, мешающую правильному восприятию происходящего вокруг и отодвигающую объективную реальность на второй план; физическое и психическое истощение, в частности длительное переутомление и лишение сна, иногда алкогольное опьянение. В таких случаях психоз развивается быстро и включает главным образом бредовые идеи преследования. В единую структуру с этими идеями могут включаться иллюзии и вербальные галлюцинации (обычно угрожающего характера). К реактивным бредовым психозам он относит «железнодорожные параноиды», входящие в группу параноидов внешней обстановки. Для таких параноидов характерно то, что психогенный фактор не враждебен самому больному, не имеет прямого отношения лично к нему, поэтому может быть назван нейтральным психогенным фактором (обстановка вокзала, поезда, иноязычного окружения и др.), всегда ситуационным, развивающимся на «экзогенно измененной почве». К этому С. Г. Жислин добавляет, что острые реактивные психогенные параноиды могут возникать на фоне любого другого психического заболевания и подчиняются тем же закономерностям. Иными словами, речь идет о параноидах внешней обстановки, на развитие и клинику которых влияет симптоматика основного психического заболевания. В соответствии с этим он вводит понятие «острые параноидные сдвиги», т. е. психотические реакции, близкие к «железнодорожным параноидам», но развивающиеся на фоне другого психического заболевания. Примером такого заболевания может служить пресенильное расстройство психики, при котором «пресениум» составляет почву, а фактор внешней обстановки вызывает психоз.

Нередко, однако, как отмечает С. Г. Жислин (1956) в другой работе, острый бредовой психоз возникает у лиц, до этого здоровых. Он начинается в условиях непривычной обстановки, при соматической астенизации, лишении сна. В этом случае обычно без предвестников возникает бред преследования. При этом параноидный синдром с сопровождающим его аффектом страха развивается в течение нескольких часов; иногда отмечается «затмение сознания». В подобных случаях при выходе из острого параноида больной помнит начало развития болезни и выход, а период затмения сознания может не помнить. Такие параноиды автор называет параноидными реакциями. Они часто сопровождаются выраженным депрессивным фоном, поэтому могут именоваться депрессивно-параноидными. При них в отличие от острых параноидов существенную роль играют личностные особенности больного, чаще в виде астенических и сензитивных структур. А. В. Снежневский (1970, 1983) указывает на то, что ситуационные параноиды отличаются более или менее реалистичным содержанием.

Излагая работы С. Г. Жислина, правомерно признающиеся классическими, следует отметить, что сам он упоминал исследования американских авторов [Флин и др., 1959; Синг, 1961; Флин, 1962], не знавших о его работах, описавших подобные случаи и сделавших аналогичные выводы.

Приведенные материалы о реактивных параноидах можно завершить кратким упоминанием о так называемых запоздалых реактивных параноидах. При этой форме параноидной реакции острый бред возникает не непосредственно после воздействия психогенно-травмирующего фактора, а через некоторое время после него [Ясперс К., 1923].

В психопатологическом плане промежуточное положение между ситуационными параноидами и различными делириозными состояниями (описание которых было приведено выше), занимают алкогольные параноиды. В одних случаях можно наблюдать клиническую картину психоза, отражающего совмещение, «слияние» (последовательное или одномоментное) психогенной симптоматики ситуационного и алкогольного параноидов, в других алкогольная интоксикация лишь осложняет ситуационный параноид и в третьих генез алкогольного параноида свободен от психогенных наслоений. В последнем варианте клиническая картина характеризуется прежде всего нарушением сознания, выраженной аффективной реакцией, иногда психомоторным возбуждением и большим или меньшим ее приближением к делириозному симптомокомплексу. Наиболее типичны для алкогольных параноидов, возникающих на фоне синдрома похмелья, острое или подострое течение, нередко галлюцинаторные переживания, сопровождающие бред, включающиеся в сюжет, но не предопределяющие его тематику и структуру. Идеи отношения и преследования здесь столь же типичны, как при психогенных параноидах. По патогенезу, характеру возникно-

вения и развития, психопатологической структуре и изменению сознания на высоте психоза («изменению», а не «помрачению») алкогольные параноиды близки к параноидам ситуационным и принципиально отличаются от любых делириозных состояний.

Диссимуляция и симуляция бреда. В психиатрической клинике известны попытки диссимулировать психическое заболевание, в частности, бред, а также симулировать то и другое. При этом под диссимуляцией понимают не пассивное умалчивание о болезненных психических переживаниях и не элементарное отрицание их наличия, а такие высказывания и поведение, цель которых состоит в активной попытке обмануть врача, скрыть от него свои действительные мысли и создать впечатление о полном психическом здоровье или выздоровлении. Симуляция, наоборот,— это активная попытка создать у врача впечатление о наличии психического заболевания.

Попытка, повод, посылка диссимуляции и симуляции различны. Так, диссимуляция может быть вызвана бессмысленным стремлением психически больного скрыть свои переживания или действия в плане бреда, «запутать» врача и возможных противников, преследователей. Попытка диссимуляции, однако, может быть вполне логичной, иметь конкретные практические задачи, например: выписка из больницы, снятие с психиатрического учета, нежелание «переходить» на инвалидность, стремление быть призванным в армию, уход от признания недееспособным, желание получить разрешение на вождение автомобиля, покупку охотничьего оружия и т. д. Так или иначе диссимуляция во всех случаях свидетельствует, во-первых, о наличии болезни или эпизодических нарушениях психической деятельности, которые больному желательно скрыть, и, во-вторых, о наличии элементов критики, благодаря которым больной знает, какие его высказывания могут рассматриваться как проявление болезни, а значит, какие мысли следует скрывать.

Диссимуляция психического заболевания, в частности бреда, возможна в период становления ремиссии, при наличии лишь резидуальных болезненных переживаний, а также тогда, когда бредовой синдром отсутствует и заболевание выражается в дистимических расстройствах, ипохондрических установках, навязчивостях и т. д. Сравнительно редко наблюдаются случаи диссимуляции стойкого систематизированного бреда. Такие случаи обычно характеризуются остановкой процесса, генерализацией бреда, его «осумкованием», «свыканием» больного со всеми деталями бреда и отсутствием выраженного эмоционального сопровождения.

Если диссимуляция, как было отмечено, всегда свидетельствует о наличии психической болезни или хотя бы расстройств нормальной психической деятельности, то симулировать любые психотические симптомы, включая бред, могут не только психически здоровые люди или страдающие психопатией, но также психически больные. В последнем случае допустимо предпола-

гать сознательную попытку психически больного избежать ответственности за действительно совершенное им преступление или за преступление, которого не было, но, согласно бредовому убеждению больного, совершенное им. Сюда же относятся случаи самооговора, когда больной в деталях описывает якобы совершенное им преступление. Соответствующие идеи могут возникать по механизмам криптомнезии или индуцированного бреда. В отличие от этого в случаях симуляции психоза или бредовых переживаний психически здоровыми людьми речь всегда идет о корыстной, злонамеренной цели. Симуляцию психического заболевания в виде снижения интеллекта, ослабления памяти, расстройств настроения, навязчивых страхов в отличие от симуляции бреда не всегда легко разоблачить.

«Источником» симулятивного продуцирования бредовых идей, материалом для их «оформления» могут служить: бредовые переживания, отмечавшиеся у больного в прошлом при временном расстройстве психической деятельности экзогенной природы с последующим полным выздоровлением; сновидения, описываемые как события, действительно имевшие место; «бредовый опыт» и бредовые высказывания других психически больных; сведения, полученные от знакомых, из художественной или психиатрической литературы.

Симуляция бреда, высказывания и описания событий, имеющих бредовой характер,— дело очень сложное, трудно осуществимое и почти всегда поддающееся разоблачению. Такое разоблачение обычно основывается на выявлении признаков, противоречащих известным в психиатрии закономерностям возникновения, развития и построения бредовых идей, на некомпетентности симулянта, а главное на том, что он не может реагировать в плане бреда на вопросы, задаваемые врачом. Симулятивные бредовые построения нередко соответствуют обывательскому пониманию симулянтом сущности бреда. Несколько труднее разоблачить симуляцию в том случае, если симулянт молчит, отделывается междометиями и старается как можно короче, односложно отвечать на вопросы.

Во всех случаях, когда симулянт активно предъявляет заранее подготовленную им «бредовую легенду», в ее сюжете и во всех высказываниях «больного» можно выявить несоответствие якобы имеющих место переживаний эмоциональной реакции больного и его поведению. Кроме того, всегда обращает на себя внимание показной, заученный характер, надуманность сюжета бредовой легенды. Можно утверждать, что постановка диагноза «симуляция» для квалифицированного врача не вызывает затруднений.

Элементы эпидемиологии психозов, включающих бред, навязчивости, сверхценные идеи

В последней четверти текущего столетия заметно уменьшилось количество исследований, посвященных эпидемиологии психических заболеваний, в частности бредовых психозов, навязчивых состояний, сверхценных образований. В соответствующей литературе лишь повторяются в каких-либо сочетаниях или ракурсах фактические материалы, соображения, предположения, теории, высказывавшиеся более 25 лет назад.

Исследование любого явления природы правомерно начинать с определения частоты и закономерности его возникновения. В проблеме, изучению которой посвящена монография, речь идет об определении частоты и закономерности возникновения патологических нарушений высшей психической деятельности человека, обозначаемых в нозологическом плане как психические заболевания, а в синдромологическом — как проявления навязчивых, сверхценных, бредовых идей.

Распространенность сверхценных идей и навязчивых состояний. В доступной нам психиатрической литературе мы не нашли результатов комплексных репрезентативных исследований, посвященных определению частоты возникновения и распространенности навязчивых состояний и сверхценных идей у психически больных и больных неврозами. Исследования на эту тему, как правило, имеют выборочный, фрагментарный или случайный характер.

Статистику только *сверхценных идей* вне связи с навязчивыми состояниями или бредом, по имеющимся в нашем распоряжении сведениям, никто специально не изучал. Некоторый интерес исследователи проявляли лишь к определению частоты сверхценных ипохондрических переживаний, возникающих у лиц, не страдающих психическими заболеваниями. Так, например, по неопубликованным данным Ю. И. Либермана и В. Г. Остроглазова (1987—1989), среди жителей одного врачебного участка лица со сверхценными ипохондрическими переживаниями составили 4,7 на 1000.

Статистика навязчивых состояний несколько чаще оказывается предметом эпидемиологического изучения. Однако чрезвычайная клиническая полиморфность подобных состояний и их различная нозологическая принадлежность в известной степени снижают ценность результатов соответствующих исследований, не позволяя их обобщать, сравнивать и анализировать.

Е. К. Яковлева (1954) диагностировала невроз навязчивых состояний у 2,1% больных маниакально-депрессивным психозом и 0,8% больных шизофренией. М. Б. Данилова (1964) отметила, что некоторые отечественные и зарубежные авторы определяют «частоту навязчивых проявлений» равной: среди больных шизофренией в стадии развития — от 0,9 до 2,87% и среди всех больных шизофренией — от 4,3 до 4,5%. Ж. Лоссон и М. Лоссон (1968) установили, что невроз навязчивых состояний встречается у 1% всех амбулаторных больных. Тот же невроз навязчивых состояний, по неопублико-

ванным данным В. Б. Голанда и Т. М. Левиной (1983), отмечен у 8,8% всех больных, взятых на учет с впервые установленным диагнозом «невроз навязчивых состояний» и у 2 на 100 000 населения. Общее число больных с невротическими навязчивостями (контингент состоящих на учете), по тем же данным, составило 10,7% среди всех больных неврозами и 19 на 100 000 населения.

А. Е. Иванова (1986) сообщает, что, согласно материалам по г. Москве, за год из всех больных с психическими расстройствами и слабоумием (без алкоголизма и наркомании) взято на учет с впервые установленным диагнозом «невроз навязчивых состояний» в среднем 1,83% (мужчин — 1,9%; женщин — 1,69%), из общего контингента — в среднем 1,74% (мужчин — 1,69%, женщин — 1,83%). По данным С. Э. Полякова (1988), навязчивые страхи встречаются у 2—9% всех больных с психическими расстройствами, занимая среди заболеваний, наблюдающихся у женщин в возрасте от 25 до 44 лет, первое место, а у мужчин — второе после алкоголизма. По упоминавшимся уже данным Ю. И. Либермана и В. Г. Остроглазова (1987—1989), больные с обсессивно-фобическим синдромом встречаются с частотой 2,8 на 1000 населения. По сведениям Ю. И. Либермана и соавт. (1990), у 51,7% лиц, перенесших землетрясение в Армении, возникли психогенные расстройства (главным образом обсессивно-фобический синдром). М. А. Калинина (1991) отмечает, со ссылкой на разных авторов, что распространенность обсессивных расстройств равна 1,5—5% (по-видимому, к числу детей с нервно-психическими заболеваниями).

Недостоверность сведений о распространенности навязчивых состояний, помимо фрагментарности, обусловлена методологической неполноценностью проведенных исследований. Она выражается главным образом в том, что частоту навязчивых состояний изучают независимо от сущности этих состояний (невротической или идеаторной) и вне связи с конкретными нозологическими формами.

Аналогичной методологической погрешностью страдает изучение распространенности бредового синдрома, поскольку объектом соответствующих исследований оказывается либо бредовой синдром независимо от его нозологической принадлежности, либо, чаще, бредовые формы течения шизофренического процесса. При этом в большинстве случаев устанавливается наличие не вообще бредового синдрома, а шизофренического психоза, в клиническую картину которого входит та или иная бредовая симптоматика.

Предпочтение, отдаваемое изучению частоты возникновения шизофренического бреда как наиболее выраженного, системного, патологического нарушения мыслительного процесса, следует признать достаточно обоснованным. Однако основная цель такого исследования, на наш взгляд, должна состоять не столько в определении показателей распространенности шизофренического бреда, сколько в изучении абсолютной и относительной частот проявления каждого признака шизофренического психоза (включая бред), а также общей эпидемиологии шизофрении, особенно ее бредовых форм.

Распространенность бредовых психозов и бредового синдрома. Бредовые переживания и сформировавшиеся бредовые синдромы независимо от их нозологиче-

ской принадлежности, по-видимому, встречаются в клинике психозов не реже навязчивых состояний и значительно чаще сверхценных идей. Вместе с тем частоту возникновения бредового синдрома при разных психозах изучают сравнительно редко. Несколько чаще проводят исследование распространенности бредовых психозов.

Показатели распространенности бредовых психозов, в частности бредовых форм шизофрении, установленные разными авторами, колеблются в широких пределах. Сопоставление этих показателей затруднительно, поскольку их величина находится в прямой зависимости (помимо диагностических установок исследователей) от степени репрезентативности изучаемых групп больных, методик исследований и в первую очередь от уровня селективности подбора первичного материала.

В психиатрической литературе чаще других можно встретить материалы по статистике бредовых форм шизофрении и других психозов. В 1960—1990 гг. ряд авторов проводят изучение частот возникновения бредовых форм шизофрении. Однако в большинстве случаев определяют не частоту проявлений бредового синдрома (у какой-либо «нозологической группы» больных, проживающих на одной и той же территории, в один и тот же отрезок времени или в разное время на протяжении всего заболевания конкретных больных), а частоту различных бредовых форм среди всех больных шизофренией. При проведении подобных исследований теоретически могут быть поставлены три основные задачи:

а) определение частоты проявления бредового синдрома в дебюте шизофренического психоза и в процессе развития болезни;

б) установление числа больных шизофренией, у которых когда-либо на протяжении всего заболевания отмечались бредовые эпизоды, и больных, у которых бредовой синдром всегда доминирует в картине психоза;

в) установление удельного веса больных шизофренией, у которых возник бред, в избранных для изучения группах (общий контингент, впервые заболевшие, находящиеся на стационарном лечении или какая-либо селективная популяция).

К сожалению, мы не нашли публикаций, в которых была бы описана попытка комплексного разрешения всех перечисленных задач. Кроме того, объективному анализу изучаемых материалов мешает то, что результаты проводимых статистических исследований чаще представлены в экстенсивных, а не в интенсивных показателях.

В качестве иллюстраций приведем некоторые разрозненные данные по статистике бредовых форм шизофрении, не пытаясь их систематизировать или анализировать, придерживаясь лишь хронологического принципа изложения. Общими для всех этих исследований можно считать весьма высокий удельный вес бре-

довых форм среди всех больных шизофренией, колеблющийся от 25—33 до 73—85%.

Среди всех обследованных больных шизофренией галлюцинаторно-параноидная и параноидная формы были установлены у 55,2—74,2% [Амбрумова А. Г., Квирикадзе В. В., 1963], среди больных, находящихся под диспансерным наблюдением,— у 37,8%, среди стационарных больных — у 49% [Жариков Н. М. и др., 1964]. По материалам Х. Вайнера (1958), эти формы диагностированы у 33—53% больных.

По нашим данным (1967), больные с галлюцинаторно-параноидной и параноидной формами шизофрении составляют: среди всех больных шизофренией, выявленных при сплошном обследовании населения одного района, 25,8%; среди больных шизофренией, выписанных из психиатрических больниц, в среднем 35,7%, среди всех учтенных больных шизофренией 39,2% (из них доброкачественной периодической — 11%, непрерывной — 0,6%, недоброкачественной с периодическими ремиссиями — 17,2% и безремиссионной — 10,4%).

Н. М. Жариков (1977) установил, что число больных с приступообразно-прогредиентной и параноидной формами шизофрении на 1000 населения соответственно составляет: по г. Иваново 0,6 и 1,2, по районам Москвы 0,9 и 1,6, по г. Андижаи 1,98 и 1,31.

По неопубликованным данным В. Б. Голаида и Т. М. Левиной, среди всех больных с впервые установленным диагнозом «шизофрения» больные с параноидной формой шизофрении составили 13,6% в 1983 г., 12,4% в в 1988 г., на 100 000 населения — соответственно 9,3 (1983) и 5,0 (1988), среди всех состоящих на учете больных шизофренией в 1983 г. — 27,6% и на 100 000 населения — 379,4.

Результаты исследований распространенности других (нешизофренических) бредовых психозов еще менее сопоставимы.

Так, разные авторы сообщают, что около 10% психически больных пожилого возраста впервые стационируют в связи с возникновением параноидных психозов. П. Йоргенсен (1985, 1986) установил, что ежегодная заболеваемость бредовыми психозами составляет 26 человек на 100 000 населения. Из них у 59% устанавливают диагноз реактивного психоза и лишь у 15% — шизофрении.

Статистику бредовых синдромов в структуре шизофренических и других психозов, более всего интересующую клиницистов психиатров, обычно изучают на небольших селективных группах психически больных. Сопоставлять результаты соответствующих исследований, как правило, невозможно, так как, помимо селективности избранных групп, различным оказывается предмет изучения. Например, одни исследователи определяют частоту бредовых синдромов, выявленных в момент обследования, а другие — отмеченных на протяжении всего психического заболевания. Селективным же подбором бывает обусловлено то, что изучаемая группа состоит целиком или частично из больных с бредовой формой шизофрении. Учитывая все изложенное, следует признать, что приводимые в литературе показатели частоты различных форм бреда, представляя известный интерес, сопоставлению не подлежат.

Разные авторы, обычно не указывающие степень достоверности своих исследований, сообщают следующие данные (большинство которых, по-ви-

димому, касается частоты бреда, не только наблюдаемого в момент обследования больных, но также имевшего место когда-либо на протяжении всей жизни):

дисморфоманический бред (синдром Ван-Гога), характеризующийся требованием хирургического исправления воображаемого соматического дефекта, установлен у 1% больных шизофренией [Пантелеев Д. и др. 1972]; бредовой синдром при шизофрении отмечен у 73—86% больных [Вовин Р. Я., 1972, цит. по Златану Б. Д., 1989] или у 80—85% [Янцарик К., 1968]; различные бредовые идеи выявлены: несистематизированные у 20,1%, паранойяльные у 5,3%, параноидные у 10,9%, парафренные у 3,2% больных шизофренией, т. е. всего у 39,5% [Жариков Н. М., 1977]; вялоразвивающийся бредовой синдром отмечен у 73—74%, в том числе «мания конца света и катастрофы»— у 5,8% больных хронической шизофренией [Губер Г. и Гросс Г., 1977]; бред преследований найден у 75,6% больных бредовой шизофренией, в том числе религиозного и религиозно-мистического содержания — у 66,6% [Ахмед С., 1978]; бредовой синдром установлен у 10,7% всех госпитализированных за год при соотношении мужчин и женщин 2 : 1 [Менон М. и др., 1980]; персекуторный бредовой синдром выявлен у 75% всех больных, у которых возникал бред [Йоргенсен П., 1985].

Несколько больший интерес представляют исследования А. Е. Ивановой (1986) и материалы В. Б. Голанда и Т. М. Левиной за 1983—1988 гг. А. Е. Иванова установила, что различные бредовые формы (в экстенсивных показателях) среди больных с впервые установленным диагнозом психического заболевания и среди всех психически больных, находящихся под наблюдением, соответственно составляют по нозологическим формам: атеросклеротическое слабоумие с бредом и галлюцинациями — 5,39 и 1,12; инволюционный параноид — 3,22 и 1,15; поздняя парафрения — 0,04 и 0,02; параноидный психоз «простой»— 0,23 и 0,03; паранойя — 0,1 и 0,02; другие параноидные психозы — 0,07 и 0,01; неуточненный параноидный психоз — 0,03 и 0,01; острая параноидная реакция — 0,86 и 0,09; психогенный параноидный психоз — 0,44 и 0,06.

В. Б. Голанд и Т. М. Левина установили, что частота бредовых расстройств составляет: среди всех больных психозами и слабоумием, впервые взятых на учет, 23,8% в 1983 г., 23,3% в 1988 г. и на 100 000 населения — соответственно 16,3 и 9,4; по отношению ко всем состоящим на учете больным (контингенту) — 30,2% в 1983 г. и 413,9 на 100 000 населения; среди больных (кроме страдающих шизофренией) с впервые установленным диагнозом — 10,2% в 1983 г., 9,9% в 1988 г., на 100 000 населения — 7 в 1983 г. и 4,4 в 1988 г. Б. Мейерс (1987) отмечает, что бредовой синдром, обычно самообвинения или ипохондрический и галлюцинаторно-параноидный, встречается у 45% больных депрессией позднего возраста.

По неопубликованным данным Ю. И. Либермана и В. Г. Остроглазова за 1987—1989 гг., в момент обследования больных шизофренией частота разных синдромов (на 1000 больных) составила: паранойяльного 7,2 и галлюцинаторно-параноидного 5,9; манифестного паранойяльного 1,35 и паранойяльного редуцированного 0,17; параноидного 1,62, полиморфного кататоно-гебефренно-параноидного 0,49 и острого бредового 3,31 при общем показателе распространенности шизофрении 9,63.

Таким образом, статистические данные свидетельствуют о значительной частоте проявления тех или иных бредовых симптомокомплексов при различных психозах. При добавлении к ним данных об интенсивных показателях распространенности бредовых форм шизофрении частота, с которой можно встретить среди населения людей с тем или иным проявлением бреда (паранойяльного или параноидного, хронически протекающего или эпизодически возникающего), становится весьма впечатляющей.

Патологические нарушения нормальной психической деятельности человека и проблема причинности

Вопросы о дезорганизации нормальной психической деятельности человека, или причине трансформации ассоциативного, последовательного, логического мышления в бредовое мышление, неразрывно связаны с более общей проблемой этиологии и патогенеза психозов.

Причинно-следственную связь между инфекционными, интоксикационными, травматическими, психогенными, соматогенными, другими экзогенными заболеваниями и возникающими при них типичными или специфичными бредовыми синдромами почти всегда можно установить с большей или меньшей степенью достоверности. При этом обычно не только время возникновения указанных бредовых синдромов зависит от заболеваний, проявлением которых они являются, но также в их клинической структуре и симптоматике отражается основная сущность этих заболеваний. Такая зависимость касается прежде всего психозов, протекающих с более или менее выраженным нарушением сознания, интеллектуальной недостаточностью или выраженным слабоумием. Во всех подобных случаях взаимозависимость между этиологией и патогенезом болезни и бредом более или менее понятна. Неясным остается лишь характер зависимости тех или иных параметров бреда, в частности его содержания и структуры нарушения логического мышления, от этиологии и патогенеза соматического заболевания, при котором этот бред возник.

Иначе обстоит дело с проблемой этиологии и патогенеза бреда, наблюдаемого при шизофренических психозах. В этой проблеме как бы сливаются воедино отсутствие достоверных знаний о причинах возникновения бредового синдрома вообще, сущности процессов, лежащих в его основе, закономерностях его развития и отсутствие достоверных знаний о предпосылках, этиологии и патогенезе самой шизофрении. В связи с этим целесообразно коротко остановиться на проблеме причинности возникновения шизофренического психоза или заболевания группы шизофренией. Забегая несколько вперед, предварим представляемый ниже материал замечанием о том, что современные знания об этиологии бредовых шизофренических психозов и патологии мыслительной деятельности при них дают основание для выводов только негативного, а не позитивного характера. Эти выводы заключаются в отрицании причинной связи многих патогенных факторов с возникновением бредовой шизофрении и в отсутствии неоспоримых доказательств ее прямого специфического наследования.

Вопросы этиологии бредовых и других форм шизофрении. Различные предположения о причине шизофренического расстройства психической деятельности выдвигаются, проверяются и в конечном итоге отвергаются психиатрами и психологами, генетиками и иммунологами, инфекциониста-

ми и эпидемиологами, морфологами и физиологами. Теоретически можно допустить, что возникновение шизофрении, в частности ее бредовых форм, обусловлено эндогенными, экзогенными или смешанными эндогенно-экзогенными причинными факторами. В соответствии с этим все теории этиологии шизофрении могут быть разделены на теории, рассматривающие возникновение этого заболевания как результат воздействия только внутренних факторов, суммы внутренних и внешних факторов, многих внешних факторов и, наконец, одного внешнего фактора.

Эндогенная, генетическая, наследуемая причина, предположительно участвующая в возникновении шизофренического процесса, включает следующие варианты:

а) специфическое наследование болезни — шизофрении, т. е. передача этого заболевания «геном шизофрении»;

б) специфическое наследование болезни — шизофрении, обусловленное кодовым сочетанием двух или нескольких генов, вызывающих заболевание только при строго определенной схеме такого сочетания;

в) неспецифическое наследование психического расстройства, обусловленное одним, двумя или несколькими сочетанными генами;

г) специфическое наследование предрасположения к возникновению шизофренического процесса, обусловленное одним, двумя или несколькими сочетанными генами;

д) неспецифическое наследование, обусловленное одним, двумя или несколькими сочетанными генами, обеспечивающее предрасположение к расстройству различных психических функций, в том числе наблюдаемое при заболевании шизофренией.

Любое специфическое наследование шизофрении предполагает статистически фатальную генетическую неизбежность возникновения этого заболевания независимо от какого-либо экзогенного фактора, но допускает необязательное наличие так называемого экзогенного пускового механизма. Раскрытие генетического механизма возникновения шизофрении, особенно ее бредовых форм, могло бы способствовать разгадке тайн сложных биологических, химических, физических процессов, лежащих в основе нормального человеческого мышления и его нарушения в виде бреда. Однако множество исследований, посвященных проблеме наследственной передачи шизофрении, проводившихся в 20—40-х и затем в 50—80-х годах, бесспорных результатов не дали. Вместе с тем эпидемиологические исследования, включая проведенные нами в 1961—1967 гг., позволяют сделать сугубо предварительные предположения, что не фатальное генетическое наследование, а, вероятнее всего, передаваемые по наследству определенная структура и степень развития мозговых образований, систем, центров могут рассматриваться в качестве вероятных, но необязательных «условий реализации причинного фактора», вызывающего шизофрению, в частности ее бредовые формы.

Такой вывод делает обоснованным поиск экзогенного «причинного фактора», вызывающего шизофренический психоз, сре-

ди множества воздействующих на человека вредностей окружающей среды.

Экзогенная причина возникновения шизофрении может быть представлена в виде одного из следующих вариантов:

а) наличие специфического экзогенного этиологического фактора, всегда вызывающего только шизофрению;

б) наличие неспецифического экзогенного этиологического фактора, вызывающего нарушение психических функций, в том числе в виде шизофрении,

в) наличие своеобразного сочетания двух или нескольких экзогенных этиологических факторов, вызывающего только шизофрению;

г) наличие своеобразного сочетания двух или нескольких экзогенных этиологических факторов, вызывающего нарушение психических функций, в том числе шизофрению;

д) наличие единичного или «суммарного» экзогенного фактора, вызывающего шизофрению только в случае его сочетания с передаваемым по наследству предрасположением к этому заболеванию.

Обусловленность возникновения шизофрении под влиянием специфического экзогенного фактора или специфического сочетания таких факторов предполагает, что начало шизофренического процесса никак не связано с наследственной, генетической передачей болезни.

Упомянутое выше предположение о том, что по наследству передается не шизофреническая болезнь (не «ген или гены шизофрении»), а специфическое или неспецифическое предрасположение к заболеванию шизофренией, делает обязательным наличие специфического или неспецифического экзогенного фактора, вызывающего шизофрению. Решение указанного вопроса в известной степени предопределяет характер поисков непосредственной причины этой болезни, факторов, способствующих или препятствующих ее возникновению.

Концепция экзогенной этиологии шизофренического психоза, в частности его бредовой формы, привела к поискам конкретной внешней причины этого заболевания. В многочисленных теориях в качестве подобной причины выдвигались: психогенная, закрытая или открытая травма черепа, острое или хроническое неинфекционное соматическое заболевание, интоксикация, инфекция (очаговая, генерализованная, бактериальная — стрептококковая или стафилококковая, вирусная), заболевание эндокринной системы и различные хронические или острые инфекционные заболевания — туберкулез, ревматизм, дизентерия, ангина, грипп, корь, скарлатина, пневмония и т. д. При этом разные авторы высказывали предположения о воздействии вредоносных факторов непосредственно перед дебютом психоза, в давнем анамнезе или многократно в течение жизни.

Те или иные теории, допускающие экзогенную природу изучаемого психоза, обычно основываются на многочисленных клинических наблюдениях, согласно которым в одних случаях конкретная экзогенная вредность действовала непосредственно пе-

ред началом заболевания, а в других клиническая картина его дебюта включала симптоматику, характерную для данной экзогении. Однако не вызывает сомнений тот факт, что оба довода не могут служить основанием для убедительных выводов, так как, во-первых, «post hoc non est propter hoc» («после этого не значит вследствие этого»), а во-вторых, любое соматическое (инфекционное) заболевание, травмы, психогении, алкоголизм, случайно совпав с началом шизофренического психоза или предшествуя ему, неизбежно должны отразиться на характере психопатологических и соматических симптомов дебюта психоза.

При поиске экзогенного фактора, так или иначе влияющего на возникновение бредового психоза, необходимо исходить из того, что каждый человек в течение жизни испытывает воздействие не поддающегося учету огромного количества экзогенных вредностей. Эти вредности могут воздействовать систематически или эпизодически, с разной интенсивностью и частотой в отдельные периоды жизни. В связи с этим совпадение во времени воздействия экзогенной вредности и начала болезни может оказаться случайным. Это означает, что исследователи, основывающие свои выводы на клиническом наблюдении за больными, объединенными в селективные группы, нередко допускают ошибку, вызванную специальным «тематическим подбором» больных, у которых совпадение экзогении и начала заболевания было случайным.

Анализ результатов многочисленных исследований, проведенных на весьма репрезентативном материале, включая собственные (1967), в которых предпринимались попытки установить связь возникновения бредовых и небредовых форм шизофрении с известными перечисленными выше экзогенными факторами, дает основание для категорического отрицания наличия такой связи.

Причина, вызывающая шизофрению, так же как условия, способствующие, содействующие или, наоборот, препятствующие ее возникновению, пока неизвестна. Однако отсутствие причинно-следственной связи между изученными экзогенными вредностями и шизофренией (в частности, бредовой) не дает оснований для того, чтобы отвергать существование такой причины в комплексе многочисленных и разнообразных, не всегда поддающихся учету вредностей окружающей человека среды. Среди таких вредностей можно, например, назвать воздействие радиационного или химического факторов, электромагнитных полей и колебаний (от ультракоротких до сверхдлинных и от низкочастотных до имеющих миллионы герц), световых частиц — фотонов, нейтронов, гравитационных волн (гравитонов) и др.

Таким образом, существует большое количество факторов внешней среды, влияние которых на возникновение бредовой шизофрении и многих бредовых синдромов не изучено.

Соматоанатомическая база, физиологические и энергетические основы бреда

Составить какие-либо представления о материальной базе, на которой возникает и развивается «бредовой феномен», невозможно без знания функционального назначения анатомических структур мозга, физиологических и энергетических процессов, лежащих в основе нормальной психической деятельности и нормального интеллектуального творчества. Ограниченность, недостаточность указанных знаний, необходимость расширения и углубления соответствующих исследований делают обязательной прежде всего их правильную, в методологическом отношении, организацию. Такая организация предполагает наличие единого методологического и философского подхода к разрешению проблемы, общего плана изысканий и участия в них представителей всех существующих научных дисциплин. Говоря о «философском подходе», мы имеем в виду некоторые принципы классической формальной логики, определяющие методику проведения научных исследований.

Рассмотрение приводимых методологических основ и принципов формальной логики в некотором отрыве от законов и категорий, которым посвящен соответствующий раздел первой главы, нельзя не признать искусственным и, быть может, недостаточно оправданным. Однако указанный «отрыв» удобен в практическом отношении, поскольку анализируемые ниже принципы мало применимы при изучении клиники бредового синдрома, но имеют прямое отношение к анализу его материальной базы Кроме того, в ряде случаев мы умышленно уклоняемся от четкой дифференциации чисто философской и физической или химической сущности того или иного принципа, поскольку в наши задачи входит лишь использование «методологических приемов» для изучения энергетической базы мыслительной деятельности.

Закономерность «симметрии» заключается в том, что возникновение электрического заряда или магнитного поля в одном месте неизбежно ведет к возникновению в другом месте аналогичного заряда или поля с адекватными параметрами, но с противоположным знаком. На этом фактически основывается не нашедшее экспериментального подтверждения предположение И. П. Павлова о том, что возбуждение одних участков коры мозга обязательно приводит к адекватному по силе торможению других участков коры. Этот принцип, безусловно, применим при исследовании многих психопатологических явлений, в частности кататонического и кататонопарапоидного синдромов, симптома негативизма и др. С тем же принципом может быть связан «компенсаторный» характер построения отдельных сюжетов бреда, на что указывают, со ссылкой на учение З. Фрейда, многие психологи и психоаналитики (речь идет о появлении бреда ревности у больных, страдающих импотенцией, бреда величия при комплексе несостоятельности, гипертрофированном чувстве ущемленного самолюбия и пр.).

Поскольку известно, что «количество массы и количество энергии в конкретной области пространства находятся во взаимной адекватно-количественной зависимости», а масса и энергия могут эквивалентно превращаться друг в друга, допустимо сделать следующий вывод: в каждом конкретном случае объем патологического (бредового) творчества, соответствующего структуре и организации головного мозга данного индивидуума, условно эквивалентно масштабам нормального интеллектуального творчества, на которое способен этот индивидуум.

Установка на то, что количественное изменение в объекте, накапливаясь, доходит до пороговой величины, после чего происходит его структурное (качественное?) изменение («принцип порога»), применима, например, при сопоставлении сверхценных и бредовых идей, их дифференциальной диагностике, уточнении момента такого усложнения сверхценных идей, при котором их можно квалифицировать как бредовые

Физический закон, устанавливающий, что скорость света признается предельной и ее не может превышать скорость движения тел и передачи сигналов, по-видимому, не применим при оценке скорости мыслительного процесса, поскольку мыслительный процесс не суть «движения материального объекта» или обычного «сигнала», а цепь последовательных представлений, понятий, суждений, умозаключений, нормальных или патологических — бредовых, основывающихся на непознанной энергетической базе (с неизвестной скоростью распространения и частотой волн).

Согласно принципу «взаимодействия», приводимому применительно к формулировке А. А. Братко и А. И. Кочергина (1977), ни один объект не может избежать взаимодействия с другими объектами, т. е. не может исключить навсегда всякий обмен энергией и информацией с тем или иным объектом, включая среду. Об обмене энергией и информацией может идти речь при анализе таких еще не распознанных (в материальном и энергетическом плане) явлений, как гипнотическое воздействие, суггестия наяву, телепатия, индуцированный бред и т. п.

Теории анатомо-физиологической сущности шизофрении, бредового шизофренического психоза. Известным эталоном подхода к изучению морфологических и физиологических нарушений, отмечаемых при бредовом синдроме, может служить изучение этих нарушений при шизофреническом бреде, следовательно, вообще при шизофреническом процессе. Противоречия в понимании существа любого психического заболевания частично объясняются различным подходом к оценке степени и глубины деструктивных процессов в мозге, происходящих при данном заболевании. Указанные противоречия в известной степени связаны с вопросом, вызвавшим основные разногласия между Э. Крепелином, считавшим раннее слабоумие органическим, и Е. Блейлером, рассматривавшим шизофрению как функциональное заболевание. Вопрос об органической или функциональной природе шизофренического психоза оставался предметом дискуссии на протяжении всего XX в. и не утратил своей остроты до настоящего времени.

Было бы ошибкой полагать, что кто-либо из ученых считает шизофрению только органическим или только функциональным заболеванием. Наоборот, все согласны с тем, что при этом заболевании наряду с нарушением психических функций отмечаются деструктивные изменения в коре головного мозга. Принципиальные расхождения позиций авторов различных теорий касаются оценки характера начального этапа болезненного процесса: шизофренический процесс начинается с органических нарушений, приводящих затем к нарушению функций мозга (расстройству мышления, галлюцинациям, бреду и т. д.), или нарушение психических функций является причиной органических изменений в мозге. Вопрос о функциональной или органической сущности шизофренического процесса тесно связан с вопросом о первич-

ности или вторичности расстройств высшей нервной деятельности.

В наши задачи не входит рассмотрение перечисленных выше сложных вопросов, имеющих самостоятельное значение. Отметим лишь, что посвященные им многочисленные исследования, включая проведенные в последние десятилетия, не привели к окончательному прояснению проблемы.

По нашему мнению, при проведении любых исследований, посвященных проблеме патогенеза шизофрении, особенно ее бредовых форм, необходимо прежде всего иметь в виду, что принципы изучения патогенеза соматических и психических заболеваний нельзя отождествлять, так как сущность нормальной биологической деятельности всех соматических органов достаточно хорошо исследована, а биологическая (физико-химическая, биохимическая и др.) сущность нормальной мыслительной деятельности мозга неизвестна. В связи с этим методика изучения патогенеза такой формы психического заболевания, как шизофренический психоз, не может пока основываться на тех же принципах, на которых основывается изучение патогенеза соматических заболеваний. Правомерно предположение о том, что установленные наукой данные о биохимических, эндокринологических, патофизиологических и других нарушениях в организме больных шизофренией касаются уже развившегося или развивающегося шизофренического процесса. Патогенез же первого этапа шизофренического психоза, соответствующего его продрому и самому началу, совершенно не известен. Таким образом, выявленные элементы патогенеза развившегося шизофренического процесса не являются непосредственным следствием взаимодействия причинного фактора, вызывающего это заболевание, и организма, а оказываются результатом реакции всех органов и систем на нарушения, возникшие при таком взаимодействии. Иными словами, «замкнутый круг» патологических процессов, происходящих в организме больного шизофренией, в нашем понимании, лежит вне патологических нарушений, возникших непосредственно после «столкновения» болезнетворного агента и организма.

Таким образом, мы присоединяемся к тем авторам, которые считают, что шизофренический психоз является заболеванием всего организма, но начинается с заболевания головного мозга. Можно допустить, что патогенез начального периода заболевания, отражающий процесс, возникающий в результате столкновения организма с патогенным фактором, будет раскрыт только в том случае, если удастся понять сущность физико-химических процессов, лежащих в основе нормальной психической деятельности человека, и будет определена анатомо-физиологическая база этой деятельности.

Бредовой синдром и локализация мозговых функций. Повторим, что понять характер расстройств, предопределяющих бредообразование, можно, только осмыслив сущ-

ность процессов, лежащих в основе высших психических функций человека,— сознания и мышления. Однако их углубленное изучение в течение 150 лет не только не приблизило понимание сущности этих процессов, но даже не позволило уточнить их «материальную взаимозависимость». Обзор исследований, касающихся анатомо-физиологической базы функции сознания и мышления, не входит в задачи монографии и практически неосуществим. Можно лишь отметить, что все исследователи признают тезис, согласно которому головной мозг является «органом сознания», а следовательно, «органом мышления». Однако в какой-либо степени детализировать, уточнить этот тезис никому не удается. Возможно, рано присоединяться к мыслителям, настаивающим на «непознаваемости сущности сознания и мышления», хотя нет достаточных оснований утверждать, что эта сущность будет когда-либо установлена. Сложность проблемы не позволяет выделить главные и второстепенные вопросы, подлежащие разрешению. Вместе с тем одной из кардинальных задач следует признать попытку установить возможность локализации различных психических функций в тех или иных субстанциях головного мозга. Одни психиатры признают строгую локализацию мозговых функций; другие предполагают, что наряду со строгой локализацией одних психических функций существует генерализация других; третьи допускают наличие «ответственности» за одни и те же высшие психические функции, в том числе сознание и мышление, не одного, а многих ядер, образований, центров, участков коры больших полушарий головного мозга. Мы полагаем, что количественные и качественные нарушения мыслительной функции в виде бредового мышления не могут иметь единой строгой локализации в каком-либо участке или образовании мозга, а всегда являются следствием генерализованного патологического процесса.

Попытку обоснования «физиологической сущности» нормальной психической деятельности и ее нарушений предпринимает И. П. Павлов (1930), выдвинувший «тормозную теорию». С позиций этой теории анализируются такие нарушения нормальной психической деятельности человека, как навязчивые идеи и бред.

«Тормозная теория», не получившая какого-либо убедительного экспериментального подтверждения (по существу своему скорее философское, нежели физиологическое), в наши дни имеет больше историческое, чем научное значение.

Предпринятая отечественными учеными в 1945—1960 гг. необоснованная попытка превратить павловскую теорию в аксиому принесла вред, а главное, противоречила суждению самого И. П. Павлова, который неоднократно подчеркивал, что его высказывания, касающиеся психиатрии, не выходят за рамки «наметок», догадок, соображений для дальнейших исследований. Выборочно и весьма фрагментарно эти «догадки и соображения» включают мысль о том, что существует строгая закономерность всей деятельности каждой корковой клетки, системы клеток, ядер, центров, коры больших полушарий и головного мозга в целом. Указанная закономерность выражается в сложных взаимосвязанных процессах выполнения нервными клетками не только анализаторных функций, но и единых функций — синтезана-

лизаторных. Эти функции и механизм их реализации включают торможение и возбуждение, определяющие тенденцию к концентрации и иррадиации первного возбуждения, перемещение зон возбуждения по клеткам коры мозга с одновременным образованием зон торможения вокруг каждой зоны возбуждения и т. д.

Понимание нормы и патологии процессов сознания и мышления базируется на разделе, посвященном описанию двух систем, названных И. П. Павловым «сигнальными» первая обусловлена врожденными, наследуемыми, безусловными рефлексами, вторая опирается на условные рефлексы (вырабатываемые на базе безусловных), зависит от объективных обстоятельств, изменяется под влиянием представлений и понятий, выраженных в виде символов человеческой речи. При этом обе сигнальные системы «содружественно» обусловливают процессы сознания, а мышление оперирует только деятельностью второй сигнальной системы.

«Основные» симптомы шизофренического психоза (апатия, негативизм, стереотипия, эхолалия и эхопраксия, кататония, дурашливость) «тормозная теория» рассматривает как проявление «хронического гипноза». Бред при шизофрении характеризуется как «хроническое гипнотическое состояние», связанное с патофизиологическим механизмом нарушения высшей нервной деятельности. Стойкость бредовых идей, а также упорство, с которым больные отстаивают свои бредовые убеждения, объясняются механизмом «патологической инертности раздражительного процесса и ультрапарадоксальной фазы», в их различном сочетании.

Приведенные, безусловно, умозрительные, не основывающиеся на каких-либо научных фактах идеи не исключают, однако, поиска среди них «рационального зерна». Состоит оно, на наш взгляд, в известной близости мысли о наличии в мозге непостоянных, перемещающихся, имеющих разную степень интенсивности очагов возбуждения и предположения о связи нормального и патологического мыслительных процессов с генерацией, аккумуляцией, расходованием энергии, характеризующейся физическими параметрами.

По утверждению Е. Н. Каменевой (1957), еще П. П. Малиновский (1847) считал бред «продуктом измененного отправления всего мозга». В. М Бехтерев (1905, 1927) полагал, что бредообразование надо связывать с патологофизиологической, а не патологоанатомической основой. И. А. Сикорский (1910) все явления бреда представлял в виде следующих обобщений: в противоположность спутанности бред есть состояние возбуждения мыслительных центров — ассоциативных, чувственных и отчасти подкорковых (при этом возбуждение распространяется по коре и подкорке неравномерно, что нередко лишает переживания ясности и ведет к спутанности). С нарушением целостного мозгового процесса М. И. Вайсфельд (1936, 1940) связывает не только первичный, но и вторичный бред, возникающий в связи с иллюзиями и галлюцинациями. Л. А. Орбели (1945) пишет «О физиологических основах бреда», а А С Чистович (1945) — «О патофизиологии и патогенезе некоторых форм бреда». Ссылаясь на эти работы, Н. М. Вяземский (1964) отмечает, что бредовые идеи оказываются следствием заторможенности внешних анализаторных систем с усилением влияния интероцептивных импульсов Он считает, что в патогенезе бреда важное значение имеет переходное состояние от сна к бодрствованию, т. е. торможение второй сигнальной системы.

В связи с приведенными высказываниями большой интерес представляет теория «вытеснения» Фрейда. По утверждению А. Г. Спиркина (1972), И. П. Павлов положительно оценивал эту теорию, вполне соответствующую его теории «защитных механизмов торможения возбужденных очагов коры». Согласно теории «вытеснения», в порядке защиты «Я» наиболее неприятные события переходят в сферу бессознательного, не теряя при этом энергетического заряда и претерпевая в сфере бессознательного дальнейшее развитие.

По мнению Г. Губера и Г. Гросса (1977), бредовые переживания могут появляться при всех «прямых и непрямых мозговых болезнях», предпосыл-

кой к чему оказывается процесс, объединяющий простые мозговые нарушения и расстройства сознания, а также порождающий феномены торможения и раздражения в «нейрологической и психопатологической» областях Эти авторы соглашаются с К. Конрадом в том, что окончательное решение проблемы бреда возможно только на пути исследования патологии мозга, поскольку «основательное объяснение генезиса бреда нельзя приблизить к соматопатологическому состоянию». Отсутствием таких исследований они объясняют то, что до настоящего времени не выявлены прямые корреляции между бредом и мозговыми процессами.

Мыслительная деятельность, ее нарушение и физические процессы в мозге. Идея, согласно которой присущая человеческому мозгу психическая деятельность обусловлена происходящими в мозговых структурах неизвестными физическими явлениями и основывается на какой-то таинственной энергии, возникла у ученых более 200 лет назад. В известной степени эта идея связана с попытками Ф. Месмера (1780) и Ш. Пюисегюра (1784) объяснить явления гипнотического воздействия теорией «животного магнетизма», предполагающей зарождение в мозге гипнотизера и передачу гипнотизируемому особых частиц — «флюидов». Те же мысли, но в более совершенной научной форме составили предмет дискуссии, которую много лет вели представители и последователи так называемых нансийской [Льебо А., 1881; Форель А., 1888] и сальпетрийской [Шарко Ж., 1885] школ гипнотизма. Первая категорически отрицала какие-либо «магнетические явления», лежащие в основе гипноза, и признавала только «психологическую его сущность», а вторая допускала «физические» основы «гипнотизирования». Правыми в этой дискуссии в течение 100 лет было принято считать сторонников психологического объяснения этого загадочного явления. Теперь мы видим, что с психологических позиций многое в феномене «гипнотизма» остается необъяснимым. Существование наряду с психологическими энергетических, т. е. физических, механизмов возникновения этого феномена, так же как изложенные ниже соображения об энергетических основах мыслительной деятельности, можно доказать (если вообще это доказуемо) только при содружественных усилиях биологов, электрофизиологов, биохимиков, психиатров, а также физиков-теоретиков и физиков-экспериментаторов.

Некоторые надежды расшифровать физические механизмы зарождения «мыслительной энергии» появились тогда, когда в 1870—1871 гг. независимо друг от друга отечественный ученый В. Я. Данилевский и англичанин Р. Катон открыли биоэлектрические явления в коре головного мозга подопытных животных. Однако многочисленные исследования, осуществляемые в течение 120 лет, не привели к сколько-нибудь исчерпывающему пониманию нейрофизиологических, энергетических коррелятов психических процессов у здоровых людей и больных с патологическими состояниями типа бредовых расстройств.

Труды В. В. Правдич-Неминского (1913), Г. Бергера (1929), П. А. Дэвиса (1940), Дж. Моруцци (1949), М. Брезье (1950), С. А. Чугунова (1956), А. Р. Лурия (1969), К. К. Монахова (1972, 1981) и многих других существенно расширили знания о биоэлектрических процессах, происходящих в мозге человека и животных, но не об «энергетических основах сознания, мышления и их расстройств». Мы ни в какой степени не ставим перед собой задачу полного последовательного изложения учения о биотоках мозга и их участия в нормальной и патологической интеллектуальной деятельности. Вместе с тем некоторые предположения, умозаключения, суждения перечисленных и ряда других авторов заслуживают краткого упоминания.

Так, еще до середины текущего столетия выдвигались и служили предметом частых дискуссий следующие положения: интрацептивные и экстрацептивные раздражения ведут к немедленному образованию в соответствующих участках мозга электрических потенциалов, вызывающих в других участках мозга «вторичные потенциалы»; электрический импульс, возникший в одном анализаторе, распространяется с известной скоростью по путям так называемой чувствительной «специфической» афферентной системы и затем медленно переходит по второй неспецифической афферентной системе во все отделы обоих полушарий мозга, с которыми связан данный анализатор; восходящая система, передающая возбуждение, десинхронизирует, а восходящая система, передающая торможение, синхронизирует проходящие импульсы; кора головного мозга и ретикулярная формация «содружественно» вызывают биоэлектрическую активность, взаимно на них влияют; на возникновение электрических потенциалов оказывают неуточненное влияние железы внутренней секреции, биохимический состав крови и ликвора, насыщение их и мозговой ткани кислородом.

Особое место среди исследований биоэлектрической деятельности мозга занимает изучение взаимозависимости этой деятельности и нормального или патологического мыслительного процесса. Выводы ученых, основывающиеся на соответствующих исследованиях, весьма предварительны и осторожны.

К числу таких выводов, сделанных главным образом на основании экспериментальных сопоставлений, можно отнести следующие: при выполнении интеллектуальных заданий на электроэнцефалограммах (ЭЭГ) здоровых наряду с генерализованными активационными сдвигами (в виде депрессии α-ритма и увеличения β-активности) возникают также процессы относительно локальной активации; при вербальных и арифметических тестах больше реагирует левое полушарие, при пространственно-образных — правое [Хомская Е. Д., 1978]; существует зависимость асимметрий реакций ЭЭГ от трудности заданий, индивидуальных особенностей мышления, праворили левополушарной доминантности [Суворова В. В., 1978]; ведущая роль долей мозга для обеспечения психической деятельности получает отражение в динамике частотно-амплитудных параметров ЭЭГ [Небилицин В. Д., 1972; Сергеев Г. А. и др., 1968], а также в изменениях пространственной организации биопотенциалов [Ливанов М. Н., 1966, 1973]; при умственной деятельности у здоровых людей наиболее высокие корреляции биопотенциалов возникают между разными участками лобных областей мозга; повышение корреляционных связей между биопотенциалами различных отделов мозга, их пространственная синхронизация является показателем объединения деятельности участков мозга, охваченных общим биоэлектрическим процессом в единую функциональную систему; оптимальным условием для интегративной

деятельности мозга может быть невысокий уровень взаимосвязей между биопотенциалами основных областей коры и особенно дистантно-удаленных зон, причем это свойство у здоровых людей сохраняется и при интеллектуальных нагрузках [Титаева М. А., Лосев Н. И. и др., 1971]; при интеллектуальных нагрузках могут повышаться лобно-височные взаимосвязи с акцентом в левом полушарии и обязательным вовлечением подкорковых образований, повышение среднего уровня асимметрии волн ЭЭГ, ускорение секундных ритмов сверхмедленных колебаний; психическая деятельность, в которой принимает участие большое количество мозговых структур, усиливает импульсную нейрональную активность [Бехтерева Н. П., 1973, 1974].

Итак, мысль о том, что ЭЭГ отражает лишь изменение функционального состояния областей мозга и не может служить прямым коррелятом интеллектуальной деятельности, подтверждается многочисленными данными, избирательно приведенными выше.

Для частичной оценки вопроса о нейрофизиологических коррелятах бреда относительное значение имеют результаты электроэнцефалографических исследований больных шизофренией. Известный интерес в этом отношении представляют работы, в которых осуществлялись клинико-электроэнцефалографические сопоставления зависимости выраженности бредовой симптоматики от типа течения, длительности процесса, остроты его.

Большинством авторов подтверждается концепция о неспецифичности изменений ЭЭГ при шизофрении. Еще Г. Бергер (1929—1933) на основании обследований больных шизофренией отметил, что их ЭЭГ практически не отличаются по каким-либо характерным признакам от ЭЭГ здоровых. На отсутствие специфичных изменений ЭЭГ при шизофрении, в том числе при параноидной ее форме, указывали также Г. Джаспер (1939), К. Н Файнн и Кэмпбелл (1941), С. А. Чугунов (1954), В. М. Каменская (1965, 1966) и др. В настоящее время ЭЭГ-показатели, как и другие биологические маркеры, в связи с их неспецифичностью не включены в совокупность критериев диагностики шизофрении. Вместе с тем сохраняется представление о многообразии отклонений ЭЭГ, наблюдающихся у больных параноидной шизофренией. Например, наряду с нормальным α-ритмом разные авторы при этом заболевании отмечают: усиление и распространение α-активности или, наоборот, обеднение α-активности с наличием выраженной тахиаритмии и непостоянно наблюдаемой асимметрией потенциалов (при этом тахиаритмия обычно наблюдается на фоне снижения амплитуд, частичной или полной редукции α-ритма, сглаженности зональных различий); диффузное увеличение медленных волн с усилением их фронтального ритма [Чугунов С. А., 1954; Фиш Ф., 1961; Каменская В. М., 1965; Шпильберг О. И., 1974; Вакко Л., Кемали Д., 1979, 1981, и др]; увеличение количества участков с повышенным сходством биопотенциалов с обеднением их в лобных отделах коры головного мозга у больных с систематизацией бреда [Гаврилова Н. А., 1965, 1967; Беленькая Н. Я., 1960]; незначительное отличие от нормы феномена синхронизации биотоков [Пускина В. Г., 1966]; некоторую относительную «неоднозначность» системы взаимосвязей биотоков мозга с зависимостью этой системы от особенностей развития шизофренического процесса, «объединением» при обострении бредовой симптоматики потенциалов слабо связанных в норме затылочной и центральной областей коры за счет медленной непериодической импульсации из глубинных образований мозга и отсутствием такой связи с биотоками теменной области, а также с ослаблением кортикальных связей по α-активности [Титаева М. А. и др., 1967—1979]; некоторые изменения в функциональной организации мозга при различных видах деятельности, а также при внешних воздействиях с от-

сутствием реакций ЭЭГ на внешние стимулы или наличием парадоксальных реакций; зависимость между степенью изменений реактивности биотоков и остротой клинических проявлений бреда [Файгенберг И. М., 1964; Каменская В. М., 1965, и др.].

Наряду с перечисленными выше в специальной литературе встречаются более определенные, конкретные заключения о выявлении при электроэнцефалографических исследованиях прямой зависимости между психопатологической симптоматикой (бредом, галлюцинациями) и показателями биоэлектрической активности мозга. Однако подобные заключения не подтверждались при постановке аналогичных исследований другими авторами, поэтому мы не считаем целесообразным останавливаться на них. Таким образом, предпринимающиеся много лет попытки выявить нейрофизиологические корреляты бредовых расстройств с помощью визуального и частотно-амплитудного анализов суммарной ЭЭГ никаких результатов не дали.

За пятилетие (1988—1993) каких-либо сенсационных открытий, посвященных проблеме биоэлектрической активности мозга бредовых больных, мы не нашли.

Весьма краткий обзор выборочных, но не специально подобранных исследований позволяет согласиться с выводами В. А. Файвышевского (1973) и А. М. Зимкиной (1974) о том, что отклонения в параметрах ЭЭГ, наблюдаемые у части больных параноидной шизофренией, неспецифичны и не столько связаны с наличием бредовой симптоматики, сколько могут являться коррелятом системной адаптационно-приспособительной реакции мозга на развивающийся болезненный процесс, следствием активации защитно-приспособительных функциональных механизмов центральной нервной системы. Это означает, что изменения биоэлектрических потенциалов, регистрируемые при галлюцинаторно-бредовых, бредовых и других психозах, оказываются не причиной, а скорее следствием возникновения психопатологических феноменов. Вместе с тем вполне обоснованно утверждать, что в настоящее время наука не располагает какими-либо доказательствами наличия или отсутствия причинно-следственной зависимости между известными, фиксируемыми современной аппаратурой изменениями биоэлектрических потенциалов мозга и патологическим нарушением мыслительного процесса в виде бреда. Нет доказательств также существования хотя бы малейших нарушений биоэлектрической активности мозговых образований и систем в период, предшествующий началу психоза.

Несмотря на многочисленные исследования, до сего времени не удалось получить никаких достоверных сведений о степени и характере участия мозговых биотоков в нормальном мыслительном процессе, интеллектуальном творчестве, осуществлении кратковременной и долговременной памяти и др.

К построению теории «энергетического обеспечения» мыслительной деятельности человека в норме и патологии (размышление вместо послесловия)

Мотивами предпринимаемой нами попытки разработать предпосылки к построению собственной теории «энергетики» высшей психической деятельности можно считать то, что ни одна из предложенных до сих пор подобных теорий не нашла даже частичного подтверждения и вместе с тем не все они были категорически отвергнуты. Напомним, что любая эффективная теория может возникнуть только при всестороннем научном подходе к изучаемой проблеме. Для построения полноценной теории необходимо: качественное и количественное описание исследуемого объекта; определение возможностей исследователя; уточнение системы предпосылок, на основе которых проводится исследование; разработка модели изучаемого объекта с сохранением между ним и моделью информационной близости. Последующее изучение модели и применение ее для познания реального мира способно привести к созданию соответствующей теории [Куликов Н. К., 1974].

Данная монография, естественно, не содержит все перечисленные элементы и не охватывает весь процесс создания искомой теории. Однако представленные в ней материалы могут служить, по нашему мнению, хорошим фундаментом для разработки такой теории. В частности, отдельные главы монографии содержат: психопатологический и клинический анализ элементов патологии мыслительного процесса в виде сверхценных, навязчивых, бредовых идей; систематику этих проявлений, их соответствующее обобщение; частичные сведения об анатомо-физиологической, энергетической базах мыслительного процесса и создаваемые ими предпосылки для построения информационной модели энергетических основ высшей психической деятельности.

Известными предпосылками, на которые должна опираться любая теория, рассматривающая высшую психическую деятельность как результат использования особой энергии, справедливо признать следующие:

1) основные проявления высшей психической деятельности — сознание и мышление (восприятие, представление, понятие, аналитико-синтетические функции и критика, интеллектуальное творчество, долговременная и непосредственная память, эмоциональные способности и др.) — возможны только при наличии энергетического обеспечения;

2) экспериментально доказано, что поддающиеся измерению биоэлектрические явления, происходящие в мозге, нельзя рассматривать в качестве энергетической базы мыслительного процесса, иными словами, биоэлектрические потенциалы в форме α-, β-, γ-, δ-, θ-волн, находясь в причинно-следственной связи со всеми другими сторонами жизнедеятельности мозга, так же

как и они, не имеют прямого отношения к основным его функциям — сознанию и мышлению.

Приведенные предпосылки ведут к поискам теории, включающей построение модели «энергетического обеспечения», мыслительной деятельности мозга. Главные принципы предлагаемой нами теории заключаются в том, что деятельность головного мозга человека обеспечивается двумя относительно самостоятельными и относительно изолированными друг от друга энергетическими системами. Первую из них условно назовем жизненно-одушевленной, животной — «анимально-витальной» (лат. animal — живое существо, животное, от anima — душа одушевленная и vita — жизнь), а другую — человеческой интеллектуальной — «гомоинтеллектуальной» (лат. homo — человек и intellectus — ум, рассудок, разум; мыслительные способности человека). Каждая из названных систем располагает: образованиями, продуцирующими, генерирующими энергию; элементами, аккумулирующими, накапливающими и сохраняющими энергию; системами и органами, воспринимающими воздействие энергии — реализующими это воздействие, реагирующими на него. Все перечисленные виды энергии располагают собственными и в известной степени автономными проводниковыми механизмами, т. е. механизмами ее передачи, распространения.

Возникновение «анимально-витальной» энергии обусловлено: жизнедеятельностью клеток центральной нервной системы и скоплениями этих клеток в виде ретикулярной формации, ядер, других структурных образований мозга; динамикой процессов торможения и возбуждения, возникающих в мозговой ткани; механизмами образования безусловных и условных рефлексов; возбуждением интрарецепторов, связанных с внутренними органами, и экстрарецепторов (зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых, осязательных), а также движением крови в сосудах мозга, кислородным обменом и ликворообращением. Биоэлектрические потенциалы «анимально-витальной» энергии не только вырабатываются всей центральной нервной системой и вообще всем организмом человека и животного, но также воспринимаются ими, влияют на их жизнедеятельность, корригируют и регулируют ее. Собственно «интеллектуальная деятельность», согласно предлагаемой модели, не участвует в процессе генерации «анимально-витальной» энергии, но, по-видимому, влияет на этот процесс. Аккумуляция «анимально-витальной» энергии строго ограничена и осуществляется в определенных мозговых образованиях. Возбуждение, вспышка этой энергии на одних участках мозга, возможно, происходит за счет ее «запасов» на других участках с одновременным понижением уровня этих «запасов». Распространяется «анимально-витальная» энергия по проводникам — афферентным и эфферентным волокнам нервной системы. Генерация — возникновение, аккумуляция, распространение и воздействие «анимально-витальной» энергетической си-

стемы — присущи всему живому, всем представителям фауны, а возможно, и флоры.

«Анимально-витальная» энергетическая система у человека и всего живого отождествляется с разностью биоэлектрических потенциалов и изучается на протяжении многих десятилетий. Указанная разность потенциалов с большей или меньшей полнотой улавливается и фиксируется современными осциллографами. Физическую сущность этой энергии составляют электромагнитные колебания, характеризующиеся параметрами, близкими к параметрам электромагнитных явлений, которые можно вызывать искусственно. К таким параметрам относятся частота волн, напряжение, амплитуда. Биоэлектрические потенциалы, составляющие «анимально-витальную» энергию, подчинены таким же физическим законам, как и искусственные электромагнитные колебания. Например, они имеют предел вне проводникового пространственного распространения, включаются в электромагнитное и тепловое биополе, окружающее человека и животных, их распространение ограничивается экранированием, они не способны проникать в организм и нервную систему других людей и животных.

«Анимально-витальная» энергия, вырабатываемая в центральной нервной системе, находится в постоянной взаимозависимости с аналогичной энергией, генерируемой сердцем, поперечнополосатой мускулатурой, желудком, всеми другими органами, включая эндокринные. Вместе с тем названная энергетическая система оказывает лишь витальное воздействие на деятельность центральной и периферической нервных систем, всего организма и отдельных его органов путем уменьшения этой деятельности (обусловленного функциональной дезорганизацией или тканевой деструкцией при заболеваниях, интоксикациях, травмах, нарушениях дыхания или кровообращения). «Анимально-витальная» энергия не участвует в собственно мыслительной деятельности человека, его интеллектуальном творчестве (нормальном или патологическом). Любые нарушения указанной энергетической системы могут влиять на психическую деятельность человека, только ограничивая или снижая его интеллектуальные возможности (при повреждении какого-либо органа, участвующего в выработке этой энергии, особенно повреждении или недоразвитии головного мозга). Например, микроцефалия, идиотия, имбецильность, дебильность, черепно-мозговая травма изменяют психическую деятельность человека, уменьшают его интеллектуальные возможности, влияя на генерацию «анимально-витальной» энергии и опосредованно — на выработку «гомоинтеллектуальной» энергии.

«Гомоинтеллектуальная» энергетическая система (и все, что с ней связано) специфична для человека. Эта «энергетическая система, о существовании которой можно лишь догадываться, составляет основу таинственного явления, называемого интеллектуальной деятельностью. «Гомоинтеллектуальная» энергия

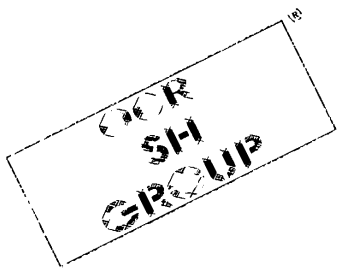
продуцируется неизвестными нам структурами и образованиями головного мозга, аккумулируется теми же или иными образованиями и составляет энергетическую основу всего мыслительного процесса, интеллектуального творчества (нормального и патологического). Сущность «гомоинтеллектуальной энергии» неизвестна современной науке, следовательно, неизвестны и параметры составляющих ее элементов. Скорее всего, этот вид энергии не имеет ничего общего с электромагнитным механизмом возникновения. В его структуру входят не электроны и протоны, а параметры составляют не частоты и вольтаж. Может быть, это гравитационная, световая, нейтронная энергия или какой-либо другой вид «энергии Х», связанный с неизвестным волновым и корпускулярным движением, присутствием такой энергетической среды, как эфир, однако все это пока догадки.

Некоторые феномены, известные нам по проявлению, но не по сущности, например, такие, как гипнотическое воздействие, телепатия, телекинез и др., обозначаемые понятием «сверхчувствительные» (экстрасенсорные), среди характерных свойств «гомоинтеллектуальной» энергии позволяют назвать: ее способность к распространению на очень большие расстояния; «неподчиняемость» качественному воздействию «анимально-витальной» энергии; отсутствие ограничения экранированием; способность восприниматься на малом и большом расстоянии мозгом других людей и животных.

В каких структурах возникает «гомоинтеллектуальная» энергия, кем или чем порождается, где аккумулируется, как передается, как преобразуется в мысль, даже предположительно представить себе невозможно. Ясно лишь одно: в предлагаемой модели «гомоинтеллектуальная» энергия, лежащая в основе мыслительного процесса, изолирована и принципиально отличается от «анимально-витальной» энергии.

Взаимное влияние (воздействие) «анимально-витальной» и «гомоинтеллектуальной» энергии, как было отмечено, по-видимому существует и отрицать это влияние необоснованно.

Таким образом, допустимо предположить, что при возникновении бредовых, навязчивых, сверхценных идей, так же как при возникновении иллюзий, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, либо нарушается процесс генерации потоков «гомоинтеллектуальной» энергии, либо происходят изменения в функционировании аппарата высшей нервной деятельности, воспринимающего волны «гомоинтеллектуальной» энергии и реагирующего на них, либо, наконец, патология психической деятельности вызвана всеми тремя факторами.



Список основной использованной литературы

Абрамова Л. И. Бредовое самооправдание при приступообразной прогредиентной шизофрении//Вопросы клиники и психопатологии, лечения психических заболеваний и организации психотерапевтической помощи.— М., 1977.— С. 33—39.

Абрикосов А. И., Ганнушкин П. Б., Маргулис М. С. Сифилис нервной системы — М.— Л.: Госиздат, 1927.— 336 с.

Авербух Е. С. О трактовке понятия «сознание» в философии, психологии и психиатрии//Труды Лен. НИИ психиатрии им. В. М. Вехтерева.— Л., 1966.— С. 57—71.

Авруцкий Г. Я. О клинике ремиссий и особенностях течения шизофрении с преобладанием бредовых явлений//Вопросы клиники, патогенеза, лечения шизофрении.— М., 1957.— С. 7—32.

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных: Руководство для врачей — 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1988.— 528 с.

Аккерман В. И. О бреде преследования тугоухих//Труды Вост.-Сиб. мед. ин-та.— Иркутск, 1935.— Вып. 3 — С. 185—199.

Аккерман В. И. Механизмы шизофренического первичного бреда (клинико-психопат. исследование).— Иркутск: Вост.-Сиб. краев. изд-во, 1936.— 135 с.

Алимханов Ж. А. О некоторых особенностях формирования галлюцинаторно-параноидного синдрома в клинической картине параноидной шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр.— 1987.— № 5 — С. 720—724.

Амбрумова А. Г. Особенности течения шизофрении с навязчивыми состояниями в свете отдаленного катамнеза//Современные проблемы психоневрологии — М., 1960 — С. 310—316.

Амбрумова А. Г., Недува А. А. Клиника и динамика параноической психопатии с затяжным развитием//Проблемы организации психиатрической помощи, клиники и эпидемиологии психических заболеваний.— М., 1970.— Ч. 1.— С. 3—6.

Амбрумова А. Г., Данилова М. Б. К дифференциальному диагнозу между шизофренией с навязчивостями и неблагоприятно текущим обсессивно-фобическим развитием личности//Шизофрения: Тр. Моск. НИИ психиатрии.— М., 1975.— С. 18—24.

Ануфриев А. К. О промежуточной группе шизофренических психозов//Журн. невропатол. и психиатр.— 1969.— № 2.— С. 242—249.

Анфимов Я. А. Учение о бреде душевнобольных. Основы мышления и сравнение работы «Логической машины» Ievons'a с истинной логической деятельностью.— Спб., 1913.— 64 с.

Архангельский В. Г. К вопросу о навязчивых влечениях//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— М., 1936.— Т. 3.— С. 179—189.

Асатиани Н. М. Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивых состояний и психастении//Клиническая динамика неврозов и психопатий — М., 1967.— С. 36—57

Асатиани Н. М., Жуков В. Ф., Матвеева Е. С. и др. О клинических закономерностях течения невроза навязчивых состояний по данным отдаленного катамнеза//Пограничные нервно-психические расстройства.— М., 1983.— С. 12—17.

Байтураев Е. Б. О некоторых особенностях формирования патологических идей ревности у паранойяльных и возбудимых психопатов//Проблемы бреда, пограничных состояний и вопросы организации психиатрической помощи.— М., 1975.— С. 113—115.
Балинский И. М. Лекции по психиатрии — М.: Медгиз, 1958 — С. 204—205.
Бассин Ф. В. Проблема бессознательного.— М.: Медицина, 1968.— 468 с
Белокрылов И. В. Типология психогенных маний//Журн. невропатол. и психиатр — 1991.— № 4.— С. 97—102
Берлин Б М. Клиника бреда ревности при шизофрении//Труды конф., посвящ 125-летию Перм. психоневрол. б-цы — Пермь, 1961 — С 81—87.
Бехтерев В. М. О бреде гипнотического очарования//Обозрение психиатрии неврол. и экспер. психол.— 1905.— № 4.— с. 249—267.
Бехтерев В. М. Помешательство с бредовым вещанием//Обозрение психиатрии и неврологии.— 1914.— № 4—6.— С 209—224.
Бехтерев В М. Мозг и его деятельность — М.— Л., 1927.— 327 с.
Бехтерева Н. П., Камбарова Д. К., Поздеев В. К. Устойчивое патологическое состояние при заболеваниях мозга — Л.: Медицина, 1978 — 236 с.
Библер В С Мышление как творчество — М.: Политиздат, 1975 — 160 с.
Блейлер Е. Руководство по психиатрии: Пер. с нем.— Берлин: Врач, 1920.— 538 с.
Блейхер В М Расстройства мышления.— Киев. Здоровье, 1983 — 192 с.
Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь.— Киев· Выща шк., 1984 — 448 с.
Блейхер В М., Крук И В Патологическая диагностика.— Киев: Здоровье, 1986 — 279 с.
Бобров Л С. Острый параноид в клинике шизофрении, осложненной алкоголизмом//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— М., 1965 — Т 12.— С 123—130.
Боднянская Н. Н Острый аффективный параноид//Вопросы психиатрии военного времени — Свердловск, 1947 — С. 153—160.
Бонно Э, де Рождение новой идеи (о нешаблонном мышлении)· Пер с англ — М: Прогресс, 1976 — 143 с.
Боровикова Н. Н. Синдром Котара при шизофрении: Дис. ... канд. мед наук — М, 1970 — 155 с.
Боровский В М Психическая деятельность животных.— М· Биомедгиз, 1936 — 324 с.
Брагин Р. Б. К взаимоотношениям сверхценных и бредовых идей//Проблемы бреда, пограничных состояний и вопросы организации психиатрической помощи — М, 1975 — С. 121—123
Братко А А, Кочергин Л Н Информация и психика.— Новосибирск: Наука, 1977 — 198 с.
Бруенок А. В. О взаимоотношении бреда и галлюцинаций в остром психотическом состоянии//Проблемы бреда, пограничных состояний и вопросы организации психиатрической помощи.— М, 1975 — С. 124—127
Бурлачук Л. Ф. Мышление и его закономерности//Блейхер В М Расстройства мышления.— Киев, 1983 — С. 5—12.
Бурно М. Е. К уточнению клинического понятия «психастеническая психопатия»//Журн. невропатол. и психиатр.— 1974 — № 11 — С. 1736—1742.
Бухман Ю. М. Нозологическое видоизменение синдрома Кандинского при атеросклеротических психозах: Дис. ... канд мед. наук — М., 1975.— 167 с.
Вайсфельд М. И. Первичный бред в строгом смысле у шизофреников//Труды ин-та им. П. Б. Ганнушкина — М., 1936 — Вып. 1.— С. 151—180.
Вайсфельд М. И. Параноидные явления. Их генез и разновидности//Труды ин-та им. П. Б. Ганнушкина.— М, 1939 — Вып. 3 — С 231—267.
Вайсфельд М. И. Первичный и вторичный бред//Труды ин-та им. П. Б. Ганнушкина.— М., 1940 — Вып 5 — С. 612—641.
Введенский И. Н. Бред и логика//Журн невропатол. и психиатр — 1905.— № 4.— С. 701—706.

Введенский И. Н. Синдром «любовного» бреда при шизофрении и его судебно-психиатрическое значение//Труды псих. клиники ММИ — М., 1934 — Вып. 4.— С. 114—127.

Введенский И. Н. К вопросу о психогенных параноидах//Проблемы современной психиатрии — М., 1948.— С. 385—394.

Вертоградова О. П., Дементьева Н. Ф., Фотьянов М. И. О закономерностях развития острого бредового состояния//Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний — М, 1974 — С. 198—207.

Вертоградова О. П. Психопатологические аспекты острого бреда//Вопросы общей психопатологии — М., 1976.— Вып. 2 — С. 63—70.

Видманова Л. Н. К вопросу о психопатологических особенностях острых паранойяльных состояний при шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением//Вопросы клиники, психопатологии, лечения психических заболеваний и организации психиатрической помощи.— М., 1977.— С. 39—42.

Вишневская Э. С., Корнилов А. А. К характеристике галлюцинаторно-параноидных синдромов при сосудистых и пресенильных психозах//Труды 1-го Моск мед. ин-та.— 1966 — Т. 47.— С. 163—170.

Владычко С. Д. Бред гипнотического влияния — Спб: Практ. мед.— 1912.— С. 67—91.

Вовин Р. Я Материалы к анализу генеза и структуры некоторых форм бреда в свете данных лечения нейролептиками//Вопросы психиатрии и неврологии.— Л., 1959.— Вып. 4 — С 247—258.

Воловик В. М. Клиника, динамика и прогностическая оценка синдрома навязчивых состояний при шизофрении//Диагностические проблемы психиатрии — М., 1973 — С. 122—130.

Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения) — М.: Медицина, 1971.— С 72—96

Выготский Л С. Развитие высших психических функций — М · Изд-во АПН РСФСР, 1960.— 499 с.

Гайдай Е. С. О синдроме Кандинского при травматических психозах//Синдром психического автоматизма — М, 1969 — С. 157—163.

Ганнушкин П. Б. Острая паранойя: Дис. ... д-ра мед. наук — М, 1904.— 250 с

Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика.— Л: Север, 1933.— 136 с.

Гейер Т. А. Некоторые соображения о хронических и острых паранойях//Труды психиатр. клиники ММИ.— М, 1925.— Вып. 1.— С. 131—138.

Герцберг М. О. Очерки по проблеме сознания в психопатологии — М: Медгиз, 1961.— 175 с.

Гжегорчик А. Популярная логика: Пер. с польск.— М.: Наука, 1972.— 110 с.

Гиляровский В. А. Психиатрия.— М., 1938.— С. 55—75; 322—323.

Гиляровский В А. Старые и новые проблемы психиатрии — М: Медгиз, 1946.— С. 67—86

Голодец Р. Г. К вопросу о генезе навязчивых состояний//Вопросы психопатологии и психотерапии.— М., 1963.— С. 225—256.

Голодец Р. Г. Становление, формирование и течение эпилептических психозов//Психические расстройства экзогенно-органической природы· Вопр. клиники, течения, терапии.— М, 1875 — С. 104—111.

Гофман А. Г. Клиника и дифференциальная диагностика алкогольных параноидов: Дис. ... канд. мед. наук.— М, 1961 — 426 с.

Гофман А. К Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1968 — 580 с.

Гофман А. Г., Графова И. В. Параноидные состояния алкогольной этиологии и их место в систематике алкогольных психозов//Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма.— Вологда, 1972 — С. 60—68

Грегори Р. Л. Глаз и мозг. Психология зрительного восприятия: Пер с англ.— М: Прогресс, 1970 — 271 с

Гризингер В. Душевные болезни. Для врачей и учащихся.— Спб: Ковалевский, 1866.— 306 с.
Грузенберг С. О. Психология творчества: Введение в психологию и теорию творчества.— М.: Белтрестпечать, 1928.— 166 с.
Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В, Мюллер М. Клиническая психиатрия: Пер. с нем.— М.: Медицина, 1967.— 832 с.
Гулямов М. Г. Синдром психического автоматизма.— Душанбе: Изд-во АН Таджик. ССР, 1965.— 206 с.
Гуревич М. О. Психопатология детского возраста.— 2-е изд., испр. и доп.— М: Гос. мед. изд. 1932.— 231 с
Гуревич М. О., Серейский М. Я. Учебник психиатрии.— 3-е изд. — М.—Л.: Биомедгиз, 1937.— 463 с.
Гурович И. Я. Шизофрения, возникающая и обостряющаяся в периоде инволюции: Дис. ... канд. мед. наук — М, 1965.— 212 с.
Гурович И. Я., Семенов С. Ф., Титаева М. А. Клиническая компенсация и социальная адаптация больных шизофренией с ремиссиями//Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях — М, 1979 — С. 21—34.
Дельгадо Х. Мозг и сознание: Пер с англ.— М.: Мир — 1971.— 264 с
Дементьева Н. Ф. Острый чувственный бред: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1974.— 360 с.
Дементьева Н. Ф., Дукаревич Н З. О некоторых изменениях восприятия при чувственном бреде//Вопросы общей патологии.— М, 1976 — Вып 2 — С. 130—140.
Дереча В. А. О системно-структурном анализе бредовых расстройств//Журн. невропатол. и психиатр.— 1982 — № 3 — С 83—87.
Детенгоф Ф. Ф. Психозы и психические нарушения при эпидемическом энцефалите — Ташкент: Госиздат Уз. ССР, 1960.— 328 с.
Джагаров М. А., Коршунова М. И. К учению о сознании//Совет. невропатол., психиатр. и психогиг.— 1934 — Вып. 4 — С. 53—59
Дружинина Т. А. Течение параноидной шизофрении (сравнительно- возрастное исследование): Дис. ... д-ра мед наук.— М, 1970.— 386 с.
Ефимова И. В, Титаева М. А. Особенности асимметрии ритмов ЭЭГ здорового человека в покое и при умственной нагрузке в связи с предпочтительностью правой или левой руки//Проблемы умственного труда.— М., 1983.— С. 73—79.
Жане П Неврозы и фиксированные идеи: Пер. с франц.— Спб: Изд-во Поповой, 1903.— 428 с.
Жане П Психический автоматизм: Пер. с франц — М.: Начало, 1913.— 453 с.
Жариков Н. М., Либерман Ю. И. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояний больных шизофренией: Метод письмо — М, 1970.— 32 с.
Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии.— М.: Медицина, 1977 — 167 с.
Жислин С Г. Об острых параноидах — М: НИИП, 1940 — 115 с
Жислин С. Г. К дифференциальной диагностике параноидов позднего возраста//Журн. невропатол. и психиатр.— 1960.— № 6.— С. 707—714.
Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии — М: Медицина, 1965.— 320 с.
Завидовская Г. И. Типология синдрома навязчивостей у больных с неблагоприятно протекающей шизофренией//Журн. невропатол. и психиатр — 1870.— № 11.— С. 1686—1694.
Завилянский И. Я. Бред ревности при шизофрении//Вопросы психиатрии.— Киев, 1936.— 130—142 с.
Завилянский И. Я., Блейхер В. М. Психиатрический диагноз.— Киев: Выща шк., 1979.— 199 с.
Зальцман Г. И. «Острая паранойя» П. Б Ганнушкина и некоторые аспекты современного подхода к острым бредовым синдромам//Проблемы бреда пограничных состояний и вопросы организации психиатрической помощи.— М., 1975.— С. 144—146.

Зальцман Г. И. О группировке бредовых синдромов, возникающих в течении шизофрении//Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, 6-й: Материалы.— М., 1975.— С. 47—51

Зейгарник Б. В. Нарушение мышления у психически больных (Экспериментально-психологическое исследование)//Труды Моск. НИИ психиатрии.— М, 1958 — С. 94—94.

Зейгарник Б. В. Патопсихология.— М.: Изд-во МГУ, 1986.— 286 с.

Зиновьев П. М. Душевные болезни в картинах и образах.— М.: Изд-во Сабашниковых, 1927.— 192 с.

Зиновьев П. М. К вопросу об обратимости бреда//Труды Моск. НИИ психиатрии.— М, 1950.— С. 11—15.

Златан Б. Д. Бред: клиника и лечение.— Кишинев: Штиинца, 1989.— 140 с.

Зурабашвили А. Д. Динамические уровни психического аппарата и персонологические проблемы при синдроме бреда//Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, 5-й. Материалы.— М., 1969.— Т. 1.— С. 207—209

Зурабашвили А. Д. Проблемные вопросы клинической патоперсонологии шизофрении//Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, 6-й: Материалы.— М., 1975.— Т. 3.— С. 51—54.

Иванец Н. Н. О некоторых клинических особенностях бредовых расстройств при приступообразно протекающих алкогольных психозах//Проблемы бреда, пограничных состояний и организации психиатрической помощи — М., 1975.— С. 147—149.

Иванов Вл. Подсознательное в медицине.— София, 1985.— 168 с.

Иванов В. Бред и шизофрения.— София: Медицина и физкультура, 1981.— 152 с.

Илешева Р. Г. Бредовые и аффективные расстройства при сосудистых заболеваниях в позднем возрасте//Здравоохр. Казахстана, 1970 — № 10.— С 44—46

Казаковцев Б. А. К вопросу о хронических бредовых расстройствах при эпилептическом слабоумии в аспекте социального типа адаптации инвалидов//Журн. невропатол. и психиатр.— 1977.— № 3.— С. 406—411.

Казачок А. П. К вопросу о навязчивом синдроме в отдельных случаях шизофренического процесса//Сборник работ псих. б-цы им. Кащенко.— М., 1934.— Т 1.— С. 205—215.

Казачок А. П. К вопросу генеза навязчивых явлений при циркулярном психозе//Труды 1-й Моск. псих. б-цы.— М., 1939.— Вып. 2 — С. 339—349.

Калинина М. А Клинические особенности и типология синдрома навязчивостей при монопрогредиентной приступообразной шизофрении с дебютом в детском и подростковом возрасте//Журн. невропатол. и психиатр.— 1991.— № 1.— С. 104—107.

Калинина Н. П. Диагностическое значение бреда ревности на разных этапах динамики шизофрении//Диагностические проблемы психиатрии.— М., 1973 — С. 147—154.

Калинина Н. П. Попытка систематики алкогольного бреда ревности//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— М, 1973.— Т. 1.— С 101—105.

Каменева Е. Н., Кудинов А. И. Об архаических формах бреда//Труды 1-й Моск. псих. б-цы.— М., 1940.— Вып. 3.— С. 439—450.

Каменева Е. Н. Шизофреническое бредообразование//Журн. невропатол. и психиатр.— 1948.— № 2.— С. 13—19.

Каменева Е. Н. Шизофрения. Клиника и механизмы шизофренического бреда/Под ред. Д. Д. Федотова.— М., 1957.— 195 с.

Каменская В. М. Электрическая активность головного мозга больных шизофренией на разных стадиях ее течения: Дис. ... д-ра мед. наук.— Л., 1966.— 382 с.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд.— Спб.: Изд-во Кандинской, 1890.— 164 с.

Каннабих Ю. В История психиатрии — М: Госиздат, 1928 — 520 с.
Карпенко Л. А. Краткий психологический словарь.— М.: Политиздат, 1985.— 432 с.
Качаев А. К., Москвичева А Ф Нозологическая диагностика идей ревности//Диагностические проблемы психиатрии.— М., 1973 — С. 155—162.
Кербиков О. В Острая шизофрения.— М.: Медгиз, 1949.— 177 с.
Кербиков О. В. Избранные труды.— М.: Медицина, 1971.— 311 с.
Киндрас Г. П. О психопатологии острого бреда воображения//Вопросы общей психопатологии — М., 1976.— Вып. 2.— С. 106—119.
Кириллов В И, Старченко А. А. Логика: Учебник для студентов юрид. ВУЗов и фак-тов.— М.: Высшая школа, 1983 — 262 с
Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.— М: Медицина, 1985 — 420 с.
Ковалевский П. И. Клинические лекции по психиатрии. Насильственные представления и ощущения.— М.— Спб, 1880.— 426 с
Ковалевский П И. Курс частной психиатрии, читанный в 1881 г. в Харьков. ун-те.— Харьков, 1882 — 319 с
Коган Я. М О структуре парафренических заболеваний//Под ред. М Л Розмана — Одесса, 1941 — 197 с
Кольцова М. М. Обобщение как функция мозга — Л: Наука, 1967 — 182 с.
Конторум С. И. Учебник психиатрии — М: Биомедгиз, 1935 — 183 с
Концевой В. А. Поздние травматические психозы с галлюцинаторно-параноидным синдромом и вербальным галлюцинозом//Нервные и психические нарушения при органических заболеваниях головного мозга — М., 1961 — С 222—227
Коняхин Г. М. К вопросу о клинике алкогольного бреда ревности//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— М, 1973 — Т 1.— С. 106—110.
Коркина М. В Клиническое значение синдрома дисморфомании (дисморфофобии)//Диагностические проблемы психиатрии.— М, 1973 — С 130—137
Короленок К. Х. О разграничении иллюзий памяти и криптомнезий//Вопросы психопатологии и психотерапии.— М, 1963 — С 49—54.
Корсаков С С. Курс психиатрии — 2-е изд — М, 1901.— Т 1—2
Корсаков С. С Избранные произведения — М: Медгиз, 1954 — 772 с
Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии, составленный на основании клинических наблюдений для практ. врачей и студентов Пер с нем — Спб.: Риккер, 1881—1882 — Т. 1—3.
Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов.— М: Изд-во Карцева, 1910 — 478 с.
Кречмер Э. Медицинская психология.— М., 1927 — 349 с.
Кроль Н. М, Бурковская М А Острые галлюцинаторно-параноидные состояния в связи с вынужденным бодрствованием//Журн невропатол. и психиатр.—1939 — Вып. 2—3 — С. 90—98.
Кронфельд А С. Французская психиатрия. Особенности понимания шизофрении.— М, 1939 — 137 с.
Кронфельд А С. Проблема синдромологии и нозологии в современной психиатрии//Труды ин-та им П Б. Ганнушкина — М., 1940 — Вып. 5 — С 5—147
Кузьмина С. В. О некоторых аспектах патологии познавательной деятельности у больных с острым бредом//Вопросы общей психопатологии — М., 1976.— Вып. 2.— С 119—130.
Кутанин М. П. Бред и творчество//Клинический архив гениальности и одаренности (эвропатологии).— Л., 1929.— Т. 5.— Вып 1.— С 3—35
Лаврецкая Э. Ф. О синдроме ложного узнавания при шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр.— 1970.— № 4.— С. 540—564.
Лапшин И. Законы мышления и формы познания.— Спб, 1906 — 204 с.
Лебедев Б А Бредовые состояния при инволюционных и сосудистых психозах и особенности их развития//Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 1-й· Сб. трудов — Л, 1963.— Т 2 — С 107—113

Лебедев Б. А. Вопросы бредообразования и бредовые состояния в позднем возрасте: Дис. ... д-ра мед. наук.— Л., 1963.— 366 с.
Лебедев Б. А. Подход к изучению бредообразования с позиций теории отражения//Методология проблемы психоневрологии.— М — Л., 1966.— С. 107—127.
Лезин Б. А. Художественное творчество как особый вид экономии мысли//Вопросы теории и психологии творчества — Харьков, 1907.— Т. 1.— 224—241.
Леонтьев А. Н Опыт экспериментального исследования мышления//Доклады на совещании по вопросам психологии.— М., 1954.— С. 24—36.
Либерман Ю И., Мороз И. Б., Михайлова И. В. и др. Психические расстройства у пострадавших при землетрясении в Армении (по данным обследования в медицинских учреждениях Москвы)//Журн. невропатол. и психиатр.— 1990.— № 5.— С. 42—46.
Личко А Е. Американский психиатрический глоссарий/Под ред М Стоуна//Журн. невропатол. и психиатр.—1988.—№ 11.— С. 160—163.
Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии — М.: Наука, 1984.— 444 с
Лук А Н. Мышление и творчество.— М : Политиздат, 1976.— 154 с.
Лук А Н. Психология творчества — М.: Наука, 1978 — 170 с.
Лукомская М И. К вопросу о паранойяльном развитии психопатической личности в условиях психотравмирующей ситуации//Вопросы социальной и клинической психоневрологии — М , 1977.— С. 34—39
Лукомский И. И. К вопросу о дифференциальной диагностике между шизофренией и алкогольными параноидами//Проблемы шизофрении: Тр. Моск. НИИ психиатрии.— М., 1962.— Т. 1.— С. 56—65.
Лукомский И. И. Об острых бредовых состояниях, развивающихся в условиях вынужденной депривации//Проблемы бреда, пограничных состояний и вопросы организации психиатрической помощи — М , 1975.— С. 161—163.
Лурия А. Р Высшие корковые функции человека.— М.: Изд-во МГУ, 1969.— 503 с
Мамцева В. Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией//Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, 4-й. Труды.— М , 1963 — Т. 1 — С. 443—451.
Мамцева В. Н., Рервиц Г. М., Шувалова Ю. И. О бреде воображения в детском возрасте//Журн невропатол. и психиатр.— 1977.— № 10 — С 88—91
Маньян В. Клинические лекции о психических болезнях: Пер с франц — Париж, 1897 — 250 с
Матвеева Е. С. Сравнительное изучение психопатологии навязчивых состояний и вялотекущей шизофрении Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1972 — 120 с.
Маттей А. Дополнительные исследования душевных болезней: Пер. с франц /Под ред. Ф Пинеля.— М · Тип. Решетникова, 1829 — 97 с.
Меграбян А А Синдром отчуждения и бред — Ростов-н/Д: Ростоблхоиздат, 1938 — 66 с.
Меграбян А А Теоретические проблемы психопатологии — Ереван Айастан, 1967.— 227 с.
Меграбян А. А Общая психопатология — М · Медицина, 1972.— 288 с
Мейнерт Ф Психиатрия. Клиника заболеваний переднего мозга: Пер. с нем — Харьков, 1885.— 323 с.
Мерлин В С. Лекция по психологии мотивов человека: Учеб. пособие.— Пермь, 1971 — С. 100—100.
Михайлов Ф. Т. Загадка человеческого «Я».— М : Политиздат, 1976 — 287 с.
Молоденков Н. С. К вопросу о параное и параноической конституции//Труды психиатр. клиники ММИ.— М., 1925.— Вып. 1.— С. 106—130.
Молохов А. Н. О параноическом развитии личности, параноической реакции и отношении их к шизофрении//Труды психиатр. клиники ММИ.— М., 1934 — Вып 4 — С. 327—337.

Молохов А. Н. Об онейроиде как шизофреническом делирии. К вопросу об эндотоксических формах шизофрении//Сов. невропатол, психиатр и психогиг.— 1936 — № 1 — С. 29—45.
Молчанова Е. К. Клиника шизофрении в пожилом и старческом возрасте. Дис. ... д-ра мед. наук — М., 1969 — 321 с.
Морковкина И. В. К вопросу о конформном бреде//Журн. невропатол. и психиатр.— 1982.— Вып 4.— С. 71—77
Морозов В. М. К вопросу о сверхценных идеях//Труды ин-та им. П. Б. Ганнушкина.— М., 1934.— С. 338—349
Морозов В. М. О взаимных связях бредовых симптомокомплексов с синдромом Корсакова//Труды ин-та им. П. Б. Ганнушкина.— М., 1939 — Вып. 3 — С. 278—290
Морозов В. М., Овсянников С. А. Истоки классификаций и нозологическая систематика психиатрии XVIII века//Журн. невропатол. и психиатр — 1988.— № 5.— С. 124—129
Морозов Г. В. Основные синдромы психических расстройств: Руководство по психиатрии/Под ред. Г В. Морозова — М: Медицина, 1988.— Т. 1 — С 85—179.
Наджаров Р А. Формы течения шизофрении//Шизофрения: мультидисциплинарное исследование/Под ред А В Снежневского — М, 1972.— С. 31—76.
Налчаджян А. А. Личность, психическая адаптация и творчество — Ереван: Луйс, 1980 — 263 с
Настев Г., Койнов Р. Мозг и сознание: Пер с болг — М: Наука, 1966.—92 с.
Недува А. А. Клинико-психопатологические особенности и динамика онейроидных состояний: Дис ... д-ра мед наук.— М., 1973 —380 с.
Нечаев А. П. Психология технического изобретательства — М. — Л.: Гос. мед изд. 1929.—88 с.
Николаев В. М. Психопатология бредовых расстройств интерпретативного характера в течении приступообразно-прогредиентной шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр.—1983.—№ 12.— С. 1811—1816.
Николаев Ю. С. О своеобразном бредовом синдроме физического недостатка//Труды психиатр. клиники им. С. С. Корсакова.— М., 1949.— Т. 9.— С. 150—166.
Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния — М.: Медгиз, 1950.—168 с.
Оршанский И. Г. Учебник общей психиатрии: Руководство для студентов.— Харьков: Тип. Зильберберга, 1910 — С. 262—284.
Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях.— Берлин: Гос. изд. РСФСР, 1923.—738 с.
Осипов В. П. Руководство по психиатрии.— М — Л.: Гос. изд. 1931.—596 с.
Пантелеева Г. П. Клинико-диагностическая оценка острых бредовых синдромов при шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр.—1989.—№ 1.— С. 63—68.
Пападопулос Т. Ф Психопатология и клиника приступов периодической шизофрении: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1966.—350 с.
Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика).— М.: Медицина, 1975.—400 с.
Перельман А. А. К учению о симптомокомплексе Кандинского — Клерамбо//Журн. невропатол. и психиатр — 1931.— № 3.— С 44—53
Перельман А. А. Очерки расстройств мышления.— Томск: Изд-во Том. ун-та, 1957.—117 с.
Перельман А. А. Синдром Кандинского — Клерамбо//БМЭ.— 2-е изд.— 1959.— Т. 12.— С. 134—134.
Перская С. С. Эпилептические параноиды//Вопросы социальной и клинической психоневрологии — М., 1950.— Т. 10.— С. 243—248.
Пинель Ф. Врачебно-философическое начертание душевных болезней: Пер. с франц — М.: Тип. Решетникова, 1829.—338 с.
Полинковский С. И., Лившиц С. М. О сверхценных бредовых идеях ревности при хроническом алкоголизме//Вопросы клинической психиатрии — Киев, 1959.— С. 101—102.

Пономарев Я. А. Психология творчества.— М.: Наука, 1976.—303 с.
Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций.— Харьков: Центр психоневрол. ин-т, 1941.—270 с.
Попов Н. М. Лекции по общей психопатологии.— Казань, 1897.— Т. 1—2.
Протопопов В. П., Рушкевич Е. А. Исследование расстройств абстрактного мышления у психически больных и их физиологическая характеристика.— Киев: Госкомиздат УССР, 1956.—65 с.
Пуанкаре А. О науке: Пер. с франц.— М.: Наука, 1983.—560 с.
Пушкин В. Н. Эвристика — наука о творческом мышлении.— М.: Политиздат, 1967.— 170 с.
Ратанова Е. А., Зинченко В. П., Вергилес Н. Ю. Исследование перцептивных действий в связи с проблемой инсайта//Вопр. психол.—1968.—№ 4.— С. 97—112.
Рахманов Н. Р. К вопросу о бреде одержимости при шизофрении//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— Душанбе, 1969.— Т. 1.— С. 74—82.
Ротштейн Г. А. Ипохондрическая шизофрения.— М.: Медицина, 1961.— 136 с
Роль математики в формировании научного мировоззрения студента ВТУЗа (Темат. сб)/Под ред. Н. К. Куликова.— М., 1974.—100 с.
Рончевский С. П. Нарушение сенсорных координаций, сенсорный автоматизм и зрительные галлюцинации//Сборник тр. памяти акад. И. П. Павлова.— Л., 1938.— С. 179—188.
Рохлин Л. Л. Некоторые теоретические вопросы в учении о бреде//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— М., 1976.— С. 143—153.
Рыбаков Ф. Е. Душевные болезни.— 2-е изд., испр. и доп.— М.: Аникин и Мокроусов, 1917.—521 с.
Рыбальский А. М. Психопатология и клиника бредовых ипохондрических расстройств в течении шизофрении: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1983.— 150 с.
Сегалин Г. В. Эвропатология научного творчества//Клинический архив гениальности и одареиности (эвропатологии).— Л., 1928 — Т. 4.— Вып. 1.— С. 3—33.
Семке В. Я., Плешаков В. И. Клинические аспекты формирования кардиофобического синдрома//Журн. невропатол. и психиатр.—1988.—№ 11.— С. 55—59.
Сербский В. П. Психиатрия — 2-е изд.— М., 1912.— 654 с.
Серейский М. Я. Навязчивое состояние при шизофрении//Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении.— М., 1958.— С. 205—212.
Сеченов И. М. Элементы мысли: Сб. избранных статей.— М.— Л., 1943.— 220 с.
Сикорский И. А. Основы теоретической и клинической психиатрии. С кратким очерком судебной психологии.— Киев, 1910.— 702 с.
Симонов П. В. Неосознанное психическое: подсознание и сверхсознание//Кибернетика живого. Человек в разных аспектах.— М., 1985.— С. 107—121.
Симсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста.— М., 1948.—136 с.
Синицын В. Н. Психопатология идей самообвинения//Вопросы общей психопатологии.— М., 1976.— С. 98—106.
Сканави Е. Е. Клиника галлюцинаторно-бредового синдрома при инфекционных психозах и острых пубертатных формах шизофрении, их дифференциально-диагностические отличия//Вопросы клинической и организационной психиатрии.— М., 1956.— С. 19—23.
Сканави Е. Е. Развитие бредовых синдромов в начальных стадиях вялотекущей шизофрении у детей и подростков//Проблемы шизофрении.— М., 1962.— Т. 1.— С. 391—402.
Сметанников П. Г. Клиника и патофизиологические механизмы индуцированного помешательства и синдрома меряченья//Ленинградский гос. ин-т усовершенствования врачей: Науч. труды.— Л., 1971.— С. 167—181.
Смулевич А. Б., Щирина М. Г. Проблема паранойи (Паранойяльные состояния при эндок. и орган. заболеваниях.— М.: Медицина, 1972.— 183 с.
Смулевич А. Б. Бред//БМЭ.—3-е изд.— М., 1976.— Т. 3.— С. 373—377.

Смулевич А. Б. Паранойя//БМЭ.— 3-е изд.— М., 1982 — Т. 18 — С. 939—945.
Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния.— М.: Медицина, 1987.—238 с.
Снежневский А. В. Общая психопатология.— Курс лекций.— Валдай, 1970.— С. 41—78.
Снежневский А. В., Вартанян М. Е., Монахов К. К. и др. Руководство по психиатрии/Под ред. А. В. Снежневского.— М.: Медицина, 1983.— Т. 1—2.
Соколова Б. В. Острые парафренные состояния при шизофрении с приступообразным течением: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1971.—334 с.
Соцевич Г. Н. К клинике алкогольного бреда ревности//Алкоголизм и алкогольные психозы.— М., 1963.— С. 130—144.
Спиркин А. Г. Сознание и самосознание.— М.: Политиздат, 1972 — 304 с
Столович Л. Н. Жизнь, творчество, человек.— М.: Политиздат, 1985.—415 с.
Стрельчук И. В. Интоксикационные психозы.— М.: Медицина, 1970.—304 с.
Сумбаев И. С. Фактор наследственного предрасположения в структуре involюционного параноида//Вопросы психопатологии и психотерапии.— М., 1963 — С. 41—48.
Суханов С. А. Душевные болезни. Руководство по частной психопатологии для врачей, юристов и учащихся.— Спб., 1914.—345 с.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1955.— Т. 1.—456 с.
Терентьев Е. И. Паранойя ревности — Воронеж: Изд-во Воронеж ун-та, 1982.—192 с.
Титаева М. А, Войтенко Ч. А. Применение корреляционного анализа ЭЭГ у больных шизофренией//Шизофрения — М., 1968.— С. 352—356.
Титаева М. А., Хмелевский Д. Л. Нейрофизиологические корреляты компенсаторных процессов у больных параноидной шизофренией в ремиссии на отдаленных этапах нейролептической терапии//Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при первно-психических заболеваниях.— М., 1979.— С. 58—70.
Тихомиров О. К. Структура мыслительной деятельности человека — М.: Изд-во МГУ, 1969.—304 с.
Узнадзе Д. Н. Экспериментальные основы психологии установки.— Тбилиси: Изд-во Акад. Наук Груз. ССР, 1961 — 210 с.
Фаворина В. Н. О конечных состояниях шизофрении: Дис. ... д-ра мед наук.— М., 1965.—358 с.
Федотов Д. Д. К проблеме бессознательного в психиатрии//Бессознательное, природа, функции, методы исследования.— Тбилиси, 1978.— Т. 2.— С.437—441.
Фрейд З. О психоанализе: Авторизованный пер. с нем.— М.: Наука, 1911 — 67 с.
Фрейд З. Толкование сновидений: Пер. с нем.— М.: Современные проблемы, 1913.—448 с.
Фрейд З. Страх: Пер. с нем.— М., 1927.—92 с.
Хомская Е. Д. Системные изменения биоэлектрической активности мозга как нейрофизиологическая основа психических процессов//Естественно-научные основы психологии.— М., 1978.— С. 112—116.
Чиж В. Ф Психиатрия — Петербург — Киев: Сотрудник, 1911.—345 с.
Шахматов Н. Ф. Бредовые психозы позднего возраста: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1968.—350 с.
Шевалев Е. А. К вопросу об изменениях бредовых идей у больных с систематизированным бредом в связи с политическими и социальными переменами//Юбилейный сборник, посвященный 35-летию Одесской псих. больницы им. Старостина.— Одесса, 1928.— С. 61—75.
Шевалев Е. А., Перельмутер Е. А. К вопросу о взаимоотношениях между галлюцинациями и бредом//Сов. психоневрол.—1937.— Вып. 4 — С. 42—52.
Шевалев Е. А. О границах бредообразования//Журн. невропатол. и психиатр.—1938.—№ 3—4.— С. 130—136.

Штернберг Э. Я. К вопросу о дифференциальном диагнозе поздних бредовых психозов//Вопросы клиники и эпидемиологии психических заболеваний.— Дмитров, 1967.— С. 7—13.
Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия.— М.: Медицина, 1977.— 216 с.
Шюле Х. Руководство к душевным болезням: Пер. с нем.— Харьков: Изд-во врача Б. Хавкина, 1880.—639 с.
Эфрос А. С. К вопросу о бредообразовании при эпилепсии//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— М., 1941.— Т. 6.— С. 647—651.
Ющенко А. И. Лекции по психиатрии.— Ч. 2. Общая психопатология.— М — Ростов-н/Д.: Прибой, 1923.—119 с.
Aschaffenburg G. Symptomatologie der Psychosen//Handbuch der Psychiatrie (Allgem. Teil III) — Leipzig — Wien, 1915.— S. 353—365.
Bayer W. Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen//Hervenarzt — 1953 — Bd 24.— S 316—325.
Baillarger J. Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies quelles caracterisent//Memoires l'Acád. Med.— Paris, 1846.— Vol. 12.— P. 273—475.
Baruk H. Psychiatrie: medicale, physiologique et experimentale, semeiologie-therapeutique.— Paris, 1938 — 121 p.
Baruk H. Traite de psychiatrie.— Paris, 1959.— Vol. 1.— P. 284—425.
Berger H. Über das Elektroencephalogramm des Menschen//Arch. Psych. u. Nervenkr.— 1929.—Bd 87.— S. 527—527.
Berrios G. E, Brook P. Delusions and the psychopathology of the elderly with dementia//Acta psychiat. scand.— 1985.— Vol. 72, N 3.— P. 296—301.
Berze J Die hereditaren Beziehungen der Dem praec — Leipzig, Deuticke, 1910.
Birnbaum K. Überwertige Vorstellungskomplexe mit paranoischen Sekundarsymptomen//Handbuch der Geistestrankheiten.— Berlin, 1928.— Bd 2.— S. 117—117.
Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien.— Leipzig — Wien, 1911.
Bonhoeffer K. Die Psychosen im befolge von akuten infektionen Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen//Handbuch der Psychiatrie — Leipzig — Wien, 1912.— S. 1—118.
Bonhoeffer K. Die exogenen Reaktionstypen//Arch. Psychiat. Neurol.— 1917 — Bd 58 — S. 58—79.
Brotman A. W., Forstein M. AIDS obsessions in depressed heterosexuals// Psychosomatics — 1988 — Vol. 29 — N. 4.— P. 428—431.
Bumke O Lehrbuch der Geisteskrankheiten.— München: Springer Verlag, 1924 — 613 S.
Capgras J., Reboul-Lachaux J L'illusion un "socies" dans un delire systematiec chronique//Ann. Med. Psychol.— 1923.— Vol. 81.— P. 186—197.
Claude H. Les psychoses paranoides//Encephale — 1925.— Vol. 3.— P. 137—137.
de Clerambault G. Psychoses a base d'automatisme//Ann. medico-psychol.— 1927.— Vol. 2.— P. 2—71.
Conrad K. Die beginnende Schizophrenic (Versuch einer Gestaltananalyse des Wahns).— Stuttgart: Thieme, 1958.— 198 S.
Davis P. A Evaluation of the electroencephalogramm of schisophrenic patients//Amer J. Psychiat — 1940.— Vol. 96.— P 1507—1507.
Dupré E Revue policlinique de psychoses hallucinatoires chroniques//Encephale.— 1907.— Vol. 1.— P. 398—418.
Esquirol J. Des maladies mentales, considerees sous les rapports medical, hygienique et medicolegal.— Paris: Bailliere, 1858.— T. 1—2.
Ey H. Etudes psychiatriques.— Paris: Masson, 1952.— Vol. 1.— 238 p.
Ey H. Traité des hallucinations.— Paris: Masson, 1973.— Vol. 1—2.
Ey H., Bernard P., Brisset C. Manuel de psychiatrie — 3-me ed.— Paris: 1967.— 1211 p.

Falret J. P. Des maladies mentales et des asiles d'alienes.— Paris: Bailliere et fils, 1864.— 796 p.,
Falret J. P. Du delire de persecution cher les alienes raisonnants//Ann. Med. Psychol.— 1878.— Vol. 20.— P. 396—400.
Fähndrich E., Haug H.-J. Delusional depression — A distinct illness?//Pharmacopsychiatrie.— 1988.— Vol. 21, N 6.— P. 407—409.
Finley K. H., Campbell D. EEG in schizophrenia//Amer. J. Psychiat.— 1941 — Vol. 98, N 3.— P. 371—371.
Freeman A. M., Melges F. T. Temporal disorganization, depersonalization, and persecutory ideation in acute mental illness//Amer. J. Psychiat — 1978.— Vol. 135, N 1.— P. 123—124.
Friedmann M. Ueber den Wahn — Wiesbaden: Verl v. J. Bergmann, 1894.
Goodwin D., Guze S. B., Robins E. Follow-up studies in obsessional neurosis// Arch. Gen. Psychiat.— 1969.— Vol. 20, N 2 — P. 182—187
Griesinger W. Gesammelte Abhandlungen.— Berlin: Hirschwald, 1872.— Bd 1—2.
Gruhle H. W Der Wahn//Handbuch der Geisteskrankneiten — Berlin, 1939 — Bd 9.— S. 170—184.
Gruhle H. W. Verstehende Psychologye.— Stuttgart: Thieme, 1948.— 370 S.
Hagen F. Zur Theorie der Hallucinationen//Allg. Z. Psychiat.— 1868 — Bd 25, N 1—2.— S. 1—113.
Huber G., Gross G. Eine deskriptiv — phänomenologische Untersuchung schizophrenen Wahns.— Stuttgart: Enke, 1977.— 181 S.
Jacob K. S., John J. K., Verghese A., John T. J. AIDS' fobia//Brit J Psychiat.— 1987.— Vol. 150.— P. 412—412.
Jacobi E. Die Psychosen in Klimakterium in der Involution//Arch Psychiat — 1930.— Bd 90.— S. 595—705.
Jaspers K. Allgemeine Psychopatologie.— 3 Aufl.— Berlin: Thieme, 1923.— 420 S.
Jaspers K., Fitzpatric G., Solomon G. Analogies and opposites in Schizophrenia and epilepsy. EEG and clinical studies//Amer. J. Psychiat — 1939 — Vol. 95, N 4.— P. 835—835.
Jaspers K. Strindberg und Van-Gogh.— Berlin, 1926.
JØrgensen P. Manic-depressive patients with delusions. Clinical and diagnostic course//Acta psychiat. scand.— 1985.— Vol. 72, N 4.— P 364—368.
JØrgensen P. Delusional psychosis. Hospital incidence, symptoms and classification//Acta psychiat. scand.— 1986.— Vol. 74, N 1.— P. 18—23.
Kahlbaum K. Die Hallucination//Allg. Z. Psychiat.— 1866 — Bd 23 — S 1— 50.
Kamanitz J. R., El-Mallakh S., Tasman A. Delusional misidentification involving the self//J. Nerv. Ment. Dis.— 1989.— Vol. 177, N 11 — P. 695—698.
Kandinski V. K. Kritische und klinische Betrachtungen im Gebeite der Sinnestäuschungen. Erste und zweite Studie.— Berlin, 1885.— 170 S
Kleist K. Ueber chronisch wahnbildente Psychosen des Rückbildungsalters// All. Ztschr. Phych.— 1912.— Bd 69.— S. 69—81.
Kraepelin E. Psychiatrie.— 8 Aufl.— Leipzig: Barth, 1915.— Bd 4 — T. 3
Kretschmer E. Ueber psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche//Ztschr. ges. Neurol. und Psych.— 1919.— Bd 14.— S. 272—300.
Lange J. Ueber der Paranoia und die paranoische Veranlagung//Z. ges. Neurol. und Psych.— 1924.— Bd 94.— S. 85—152.
Lange J. Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg.— Stutgart, 1927.— 272 S.
Lebovici S. Les idées délirantes et le délire chez l'enfant//Rev. Méd.— 1968 — Vol. 9, N 26.— 1681—1685.
Lederer W. Persecution and compensation. Theoretical and practical implications of the "persecution syndrome"//Arch. gen. Psychiat.— 1965 — Vol. 12, N 5.— P. 464—474.
Lenz H. The element of the irrational at the beginning and during the course of delusion//Confin. Psychiat.— 1979.— Vol. 22, N 3.— P. 183—190.

Leonhard K. Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeits — strukturen und neurotischen Entwicklungen.— Berlin; Volk und Gesundheit, 1965.— 96 S.
Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen.— Berlin, 1966.— S. 262—268.
Levy-Valensi J. L'automatisme mental dans les delires systematiques chroniques d'influens et hallucinatoires. Le syndrome de depossession//Encephale.— 1927.— Vol. 7.— P. 562—663.
Levy-Valensi J. Presis de psychiatrie.— Paris: Baillare, 1939.— 277 p.
Losson J.-P., Losson M. La nevrose obsessionnelle//Cah. méd. Fr.— 1968.— Vol. 44, N 20.— P. 2055—2076.
Matussek P. Untersuchungen über die Wahnwahrnehmungen//Arch. Psychiat. Nervenkr.— 1952.— Bd 189.— S. 272—319.
Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical psychiatry.— London: 1960.— 710 p.
Menon M. S., Cornelio N., Saraswathy K. Delusions. A study in sex differences//Int. J. Soc. Psychiat.— 1980.— Vol. 26, N 2.— P. 93—99.
Meynert Th. Von den Hallucinationen//Wien. med. Blät.— 1878.— N 9.— S. 41—64.
Minkowski E. Le delire//Rev. Med.— 1968.— Vol. 9, N 26.— P. 1673—1678.
Moruzi H., Magoun H. W. Brain stem reticular formation and activatión of the EEG//EEG Clin. Neurophysiol.— 1949.— Vol. 1.— P. 455—455.
Munro A. Two cases of delusions of worm infestation//Amer. J. Psychiat.— 1978.— Vol. 135, N 2.— P. 234—235.
Pauleikhoff B. Der Eifersuchtswahn//Fortschr. Neurol. Psychiat.— 1967.— Bd 35, N 10.— S. 516—539.
Plaut F. Über Halluzinosen der Syphilitiker.— Berlin: Springer, 1913.— 116 S.
Popov I., Bozic N. Paranoidnost und Razvojnom dobu//Psihiatrija Danas.— 1978.— Vol. 10, N 2.— P. 249—253.
Raskin D. E., Sullivan K. E. Erotomania//Amer. J. Psychiat.— 1974.— Vol. 131, N 9.— P. 1033—1035.
Regis E. Precis de Psychiatrie.— 6-e ed.— Paris: Doin, 1923.— 1269 p.
Schüle Ch. Zur Paranoia — Frage Allg.//Ztschr. Psych.— 1894.— Bd 8.— S. 50—80.
Sizaret P., Simon J.-P. Les délires a ectoparasites de l'âge avance (Syndrome d'Ekbom)//Encephale.— 1976.— Vol. 2, N 2.— P. 167—175.
Stransky E. Die paranoiden Erkrankungen//Z. ges. Neurol. und Psych.— 1913.— Bd 18.— S. 387—416.
Weitbrecht H. J. Psychiatrie im Grundriss.— Berlin, 1963.
Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in Klinichen Vorlesungen.— Leipzig, 1906.
Westphal C. Ueber die Verrückheit Allgem.//Z. Psychiat.— 1874.— Bd 34.— S. 114—137.

OCR SHI GROUP

Указатель упоминаемых авторов [1]

Абрамова Л. И. 262
Абрикосов А. И 302
Авербух Е. С. 20
Авруцкий Г. Я. 8, 242
Аккерман В. И. 44, 194
Александровский А. Б. 242
Алимханов Ж. А. 192
Амбрумова А. Г. 155, 169, 322
Аменицкий Д. А. 151
Ануфриев А. К. 107, 217
Анфилов Я А. 78, 106
Ариаудов Д. 76
Архангельский В. Г. 156
Асатиани Н. М. 156
Ахмед 323
Ашафенбург Г. (Aschaffenburg G.) 149

Байарже Ж. 195
Байбуртян А. Г. 285
Байер В (Baeyer W.) 239
Байтураев Е. Б. 149
Балинский И. М. 23, 116, 155, 247
Барюк А. (Baruk H.) 225
Басин Ф. В. 20, 39, 99
Бачериков Н. Е. 285
Беленькая Н. Я 335
Бейль А. 303
Белокрылов И. В 315
Бергер Г. (Berger H.) 298, 334
Берриес Г. Е. 297
Берце И. (Berze I.) 42
Бехтерев В. М. 236, 332
Бехтерева И П 335
Библер В. С. 61, 124
Бинсвангер О. (Binswanger O.) 98, 191, 216
Бирнбаум К. (Birnbaum K.) 91, 149, 177, 227
Блейлер Е. (Bleuler E.) 23, 83, 111, 149, 173, 227, 289
Блейхер В. М. 12, 42, 85, 116, 153, 186, 202, 255
Блох М. А. 61
Бобров А. С. 291
Боднянская Н. Н. 313
Бозик Н. (Bozic N.) 113
Болотова З. Н. 166
Бонгеффер К. (Bonhoeffer K.) 158, 217
Боно Э., Де (Bono E., de) 56
Боровикова Н. Н. 280
Боровский В. М. 22
Брагин Р. Б. 147
Братко А. А. 26, 329
Брезье М. (Brazier M.) 334
Бруенок А. В. 192
Брук П. (Brook P.) 297
Бумке О. (Bumke O.) 146, 168, 235
Бунеев А. Н. 262
Бурдон И. (Bourdon I.) 76
Бурковская М А. 312
Бурлачук Л. Ф. 26
Бурно М Е. 155
Бухман Ю. М. 121

Вайнер Х. (Vainer Sh.) 322
Вайсфельд М И. 28, 44, 93, 120, 191, 244, 332
Вакко Л. (Vacco L.) 335
Введенский И. Н. 228, 312
Вейтбрехт Г. (Weitbrecht H.) 299
Вернике К. (Wernicke C.) 90, 146, 199, 249
Вестфаль К. (Westphal C.) 90, 152, 176, 207
Вертоградова О П 108, 195, 242
Виани Ф. (Viani F.) 113
Видманова Л Н. 120
Виевская Г. А. 297
Визер С. (Vieser S.) 91, 236, 299
Вицель Л. (Witzel L.) 168
Вишневская Э. С. 297
Виэ Ж. (Vie J.) 232
Владычко С. Д. 258
Вовин Р. Я. 94, 119, 228, 323

[1] В указателе не фиксированы повторные упоминания авторов в одном и том же разделе.

Воловик В. М. 169
Вроно М. Ш. 181
Вундт В. (Wundt W.) 103
Выготский Л. С. 17, 34
Вяземский Н. М. 332

Гаврилова Н. А. 335
Гайдай Е. С. 123
Гаккель Л. Б. 162
Галант И. Б. 157
Ганнушкин П. Б. 96, 154, 178, 227, 302
Гауг Г. (Haug H.) 228
Гейер Т. А. 96, 169
Гейманович А. И. 213
Герцберг М. О. 19, 30
Гжегорчик А. 38, 51
Гиляровский В. А. 19, 35, 84, 152, 196, 225, 298
Гиро П. (Guiraud P.) 94, 122, 261
Глазов В. А. 28, 277
Голанд В. Б. 320, 322
Голант Р. Я. 154, 298
Голик А. Н. 149
Голодец Р. Г. 158, 165, 295
Горбовский А. А. 66
Горовец М. 167
Гофер Г. 134
Гофман А. Г. 189, 217, 284
Гризингер В. (Griesinger W.) 85, 151, 195
Гросс Г. (Gross G.) 44, 116, 141, 177, 236, 285, 323
Груле Г. В. (Gruhle H. W.) 42, 84, 194, 295
Губер Г. (Huber G.) 44, 116, 141, 177, 236, 285, 323
Гудвин Д. В. (Goodwin D. W.) 163
Гулямов М. Г. 121, 306
Гуревич М. О. 19, 29, 78, 111, 149, 208, 254, 294
Гурович И. Я. 290

Даль В. 78
Данилова М. Б. 169, 319
Дельбрюк А. (Delbrück A.) 312
Дельгадо Х. (Delgado H.) 18, 81
Дементьева Н. Ф. 32, 107, 195, 229, 306
Дереча В. А. 39, 85, 111, 132, 226, 287
Детенгоф Ф. Ф. 217
Джагаров М. А. 158
Джаспер Г. (Jaspers G.) 19, 335
Джимшелейшвили Н. В. 313
Джексон Л. (Jackson L.) 22
Дозорцев В. В. 98
Домезон Г. (Daumezon G.) 232
Дружинина Т. А. 192
Дубницкий Л. Б. 178
Дукаревич М. З. 32

Дэвис П. А. (Davis P. A.) 334
Дюпре Э. (Dupre E.) 229

Елгазина Л. М. 196, 242

Жанэ П. (Janet P.) 152, 247
Жариков Н. М. 242, 322
Жислин С. Г. 32, 95, 227, 291
Жмуров В. А. 38

Завадский К. И. 111
Завидовская Г. И. 169
Завилянский И. Я. 116, 153, 186, 255, 308
Заимов К. 42
Зальцман Г. И. 200, 228, 285
Зарубашвили А. Д. 12, 242
Зейгарник Б. В. 34, 40
Зиновьев П. М. 111, 153, 169, 297
Зимкина А. М. 336
Златан Б. Д. 96, 186
Зурабашвили А. Д. 12, 97, 119
Зыкова З. И. 213, 290

Иванец Н. Н. 306
Иваницкий А. М. 20
Иванов Вл. 20, 85, 105, 197, 242, 287
Иванова А. Е. 320, 323
Ивонно М. 301
Илешева Р. Г. 297
Иоргенсен П. (Jorgensen P.) 322

Казакович Б. А. 294
Казачок А. П. 154
Калинина М. А. 175, 320
Калинина Н. П. 308
Кальбаум К. (Kahlbaum K.) 195, 232
Каменева Е. Н. 111, 141, 176, 212, 235, 284, 294
Каменская В. М. 335
Кандинский В. Х. 84, 121, 196, 219, 284
Каннабих Ю. В. 75, 97, 151, 178, 249
Капгра Ж. (Capgras J.) 199, 231
Капстайк Н. (Capstike N.) 159
Карпенко Л. А. 34, 85, 195
Каубиш К. (Caybish K.) 235
Качаев А. К. 308
Квирикадзе В. В. 322
Кемали Д. (Kamali D.) 335
Кербиков О. В. 43, 84, 138, 182, 286
Киндрас Г. Н. 229, 287
Кириллов В. И. 35
Клейст К. (Kleist K.) 266
Клерамбо Г. (Clerambault G.) 84, 121, 259
Клод А. (Claude H.) 122, 219, 251
Ковалев В. В. 83, 148, 181, 280
Ковалевский П. И. 166, 196
Коган Я. М. 138, 211, 249

Койнов Р. 20
Козлова А. М. 308
Козырева И. С. 200
Кольцова М. М. 50
Конрад К. (Conrad K.) 32, 101, 119, 185, 286, 333
Константиновский И. В. 237
Консторум С. И. 147, 173
Концевой В. А. 192
Коняхин Г. М. 309
Коркина М. В. 256
Королев В. В. 146, 270
Короленок К. Х. 189
Корсаков С. С. 24, 83, 138, 157, 207, 234, 284
Котар Д. 254
Кочергин А. Н. 26, 329
Крафт-Эбинг Р. (Kraft-Ebing R.) 151, 185, 234, 307
Крепелин Э. (Kraepellin E.) 12, 35, 83, 143, 191, 215, 284
Кретчмер Э. (Kretschmer E.) 59, 91, 147, 247, 271
Кроль Н. М. 312
Кронфельд А. С. (Kronfeld A. S.) 84, 134, 169, 182, 217, 251, 285
Крук И. В. 42
Кудинов А. И. 234
Кузьмина С. В. 44, 200
Куликов Н. К. 337
Курбон П. (Courbon P.) 232
Кутанин М. П. 24, 54, 67, 215
Кэмбелл (Campbell J.) 335

Лаврецкая Э. Ф. 232
Лавровский В. А. 111
Ланге И. (Lange J.) 96
Лапшин И. 37, 102
Лассег Е. (Lasegue E.) 249
Лебедев Б. А. 44, 95, 116, 299
Лебовичи С. (Lebovici S.)
Леви Г. 235
Леви-Валенси Ж. (Levy-Valensi J.) 85, 200, 232
Левина Т. М. 320, 322
Левинсон Ф. Ю. 61, 268
Левитов Н. Д. 125
Ледерер У. (Lederer W.) 314
Ленц А. (Lenz A.) 136
Леонгард К. (Leonhard K.) 158, 217
Леонтьев А. Н. 20, 62
Леман Г. (Lehman G.) 237
Либермейстер К. (Libermeister C.) 220
Либерман Е. А. 44
Либерман Ю. И. 319
Ливанов М. Н. 334
Лившиц С. М. 97, 178, 308
Личко А. Е. 85
Ломброзо Ч. (Lombrozo Ch.) 54
Ломов Б. Ф. 63, 105
Лосев Н И 335
Лоссон Ж. (Losson J.) 152, 319
Лоссон М. (Losson M.) 152, 319
Лук А. Н. 27, 46, 59, 81, 104, 143, 203
Лукомская М. И. 147, 270
Лукомский И. И. 291
Лурия А. Р. 17, 29, 334
Льебо А. (Liebault A.) 333
Люстерник Р Е 210, 237, 298

Майер Г. В (Maier H. W.) 112, 206, 237
Майер-Гросс В. (Mayer-Gross W.) 149, 206, 220, 298
Малиновский П П. 113, 187, 332
Малкин П. Ф. 313
Мальцева В. Н. 180, 214
Маньян В. (Magnan V.) 196, 247, 294
Маргулис М. С. 302
Маттей А. (Mathe A.) 65, 76, 133, 195, 212
Матуссек П. (Matussek P.) 29
Машков Д. Н. 102
Меграбян А. А. 30, 44, 59, 97, 122, 169
Медведев А. В. 243, 287
Мейер Э. (Meyer E.) 194
Мейерс Б. (Meyers B.) 323
Мейлах Б. С 31, 129
Мейнерт Т. (Meyhert T.) 54, 110, 158, 196, 205, 214
Мелгес Ф. Т. (Melges F. T.) 94, 141
Мелехов Д. Е. 169
Менделевич Д. М. 290
Мендель Е. (Mendel E.) 83, 133, 249, 310
Менон М. (Menon M.) 323
Мерлин В. С. 125
Минковски Е. (Minkowski E.) 134
Михайлов Ф. Т. 63
Михельсон А. Д. 76
Молоденков Н. С. 268
Молохов А. Н. 96, 169, 217, 242, 312
Молчанова Е. К. 290
Монахов К. К. 334
Морель Ф. (Morel F.) 151, 205
Морковкина И. В. 151
Моро де Тур Ж. (Moreau de Tours J.) 213
Морозов В. М. 75, 95, 146, 196, 228
Морозов Г. В. 20, 146, 176, 208, 255
Моруцци Дж. (Moruzzi J.) 334
Москвичева А. Ф. 308
Музычук Л. Э. 294
Мунро А. (Munro A.) 237
Муратов В. А. 166
Мясищев В. Н. 265

Наджаров Р. А. 153, 210, 290
Налчаджян А. А. 18, 34, 46, 61, 104, 125, 258
Настев Г. 20
Небылицын В. Д. 334
Недува А. А. 8, 217, 242
Нейссер К. (Neisser C.) 223
Нечаев А. П. 27, 58
Николаев В. М. 138, 200
Николаева Ю. С. 96

Овсянникова С. А. 75
Озерецковский Д. С. 153
Омельянский В. Д. 62
Опря Н. А. 192
Опря С. В. 192
Орбели Л. А. 332
Оршанский И. Г. 32, 67, 84, 110, 116, 138, 191
Осипов В. П. 19, 85, 134, 147, 236, 298
Остроглазов В. Г. 319

Павлов И. П. 34, 328
Пантелеева Г. П. 12, 197
Пападопулос Т. Ф. 107, 224
Пауляйкоф Б. (Pauleikhoff B.) 307
Пенфильд В. (Penfield W.) 19
Перельман А. А. 84, 121, 210, 277
Перельмутер Е. А.
Перская С. С. 294
Пиаже Ж. (Piadet J.) 26
Пинель Ф. (Pinel Ph.) 76, 95, 151, 243
Пишо П. (Picho P.) 79, 197, 240
Плавинский А. К. 20
Плаут Ф. (Plaut F.) 302
Плешаков В. И. 165
Плотичер А. И. 294
Повицкая Р. С. 90
Погибко Н. И. 237
Подобед М. П. 210, 280
Полянковский С. И. 97, 163, 308
Полонская З. В. 123
Полонский В. П. 62
Поляков С. Э. 155, 320
Поляков Ю. Ф. 93
Пономарев Я. А. 57
Попилина Е. В. 200
Попов Е. А. 312
Попов И. (Popov I.) 113
Попов Н. М. 32, 82, 113, 136, 191
Поро А. (Porot A.) 230
Потебня А. А. 60
Правдич-Неминский В. В. 334
Протопопов В. П. 37, 51
Пуанкаре А. (Poincaret A.) 63, 103
Пускина В. Г. 335
Пушкин В. Н. 62

Раскин Д. Е. (Raskin D. E.) 260
Ратанова Е. А. 62
Рахманов Н. Р. 307
Режи Е. (Regis E.) 157, 217, 237
Родионов И. А. 195
Розенберг А. З. 169, 285
Розенштейн Л. М. 169
Рончевский С. П. 23
Ротштейн В. Г. 280
Рохлин Л. Л. 44, 98, 135, 194, 235, 286
Рубинштейн С. Л. 19, 29, 37, 50
Руднев В. И. 153
Рушкевич Е. А. 38, 51
Рыбаков Ф. Е. 67, 83, 133, 196, 310
Рыбальский А. М. 111, 197, 235, 253, 291

Свядощ А. М. 160
Сегалин Г. В. 54, 65
Сельдруп И. (Seldrup I.) 159
Селье Г. (Selye H.) 199, 231, 313
Семке В. Я. 163
Сербский В. П. 85, 118, 154, 194, 232, 310
Сергеев Г. А. 334
Серейский М. Я. 19, 44, 78, 149, 173
Сеттон Т. (Stutton Th.) 220
Сеченов И. М. 17
Сиванова М. В. 290
Сизаре П. (Sizaret P.) 236
Сикорский И. А. 110, 182, 237, 332
Симон Ж.-П. (Simon J.-P.) 236
Симонов П. В. 18, 39, 105
Симсон Т. П. 169
Синицын В. Н. 178
Сканави Е. Е. 32, 108, 120, 169, 286
Скворцов К. А. 215
Случевский И. Ф. 149, 196
Смич А. С. 84
Смоляницкий А. Г. 156
Смулевич А. Б. 84, 178, 266, 313
Снежневский А. В. 20, 83, 148, 186, 235, 287
Снелль Л. (Snell L.) 195
Соколова Б. В. 196, 229
Соцевич Г. Н. 311
Спиркин А. Г. 20, 29, 56, 61, 102, 332
Станкевич Е. С. 243
Старченко А. Л. 35
Столович Л. Н. 16, 54, 105
Стоянов С. Т. 217
Странски Е. (Stransky E.) 95, 146
Стрельчук И. В. 99, 217, 309
Суворова В. В. 334
Сумбаев И. С. 62, 225, 299
Суханов С. А. 154, 207, 215, 310
Сухарева Г. Е. 84, 108, 169, 210

Тайлер А 84
Тарнавский Ю. Б. 233, 301
Татаренко Н П. 155
Теплов Б. М. 37, 50
Терентьев Е. И. 93, 125, 183, 311
Тиганов А. С. 107, 196
Титаева М. А. 335
Тихомиров О К. 37, 63
Токарский А. А. 237
Тощева Т. Е. 123
Троицкий М. И. 245
Тургиев С. В. 302
Тюск Ж. (Tusques J) 232

Узнадзе Д. Н. 39
Ушаков Д. И. 77

Фаворина В. Н. 205, 217, 290
Файвышевский В. А. 336
Файнн К. Н. 335
Файгенберг И. М. 335
Фальре Ж. (Falret J.) 210, 249
Федотов Д Д. 242
Фелдман Г. (Feldmann G) 91
Фелинская Н. И. 262
Фендрих Э. (Fahndrich E.) 228
Форель А. (Forel A.) 333
Фотьянов М. И. 200
Фрейд З. (Freud S.) 18, 66, 95, 116, 149, 228, 328
Фрейеров О. Е. 271
Фридман Б. Д. 298
Фридман М. (Friedmann M) 176, 298
Фримен А. М. (Freeman A. M.) 94, 141
Фрумкин Я. П. 185, 237

Халецкий А. М. 280
Хвилинский Т. Я. 114
Холден Н. Л. 299
Хомская Е. Д. 334
Хопкинс Г. (Hopkins H.) 236
Хохлов Л. К. 120, 192, 308

Циген Т. (Ziehen Th.) 19, 30, 59, 149
Цуцульковская М. Я. 178

Черникова Т. С. 146
Чернышова Т. А. 70
Чехович Я. Н. 196, 302
Чиж В. Ф. 138, 152, 176, 204
Чиладзе Ц. А. 290
Чистович А. С. 332
Чугунов С. А. 334

Шарко Ж. (Charcot J.) 102, 333
Шарфеттер Ч. (Scharfetter Ch) 206, 237
Шахламов А. В. 156
Шахматов Н Ф. 290
Шевалев Е. А. 67, 138, 182, 242
Шенфиль И Б 162
Шестаков Б. И. 186
Шильдер П (Schilder P) 59
Шмаонова Л. М. 276
Шмидт Г. (Schmidt G.) 10, 287
Шнайдер К. (Schneider K.) 142
Шнейдер К. (Schneider K) 108, 177, 245
Шюле Г. (Schiile H) 84, 101, 196
Шпехт Г. 90, 196
Шпильберг О. И. 335
Штернберг Э. Я 188, 282
Штиллер Л. Я 311
Шумский Н. Г. 282, 299

Щирина М Г. 178, 266

Эй А. (Еу Н) 75, 197, 231
Экбом К. А. 236
Энгельмейер П К. 60
Эпштейн А. Л. 121
Эскироль Ж. (Esquirol J.) 151, 195
Эфрос А. С. 294

Ю-нинума У. (U-ninuma Y) 29

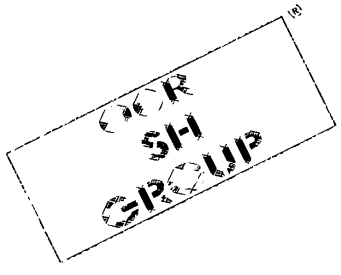
Якоби Е. (Jacobi E) 205, 298
Якобсон П. М. 62
Яковлева Е. К. 319
Янцарик В. (Janzarik W) 151, 255, 290
Ясперс К. (Jaspers K) 19, 43, 83, 139, 194, 223, 271, 307

OCR SH GROUP

Некоторые эпонимические термины

Аретея мания 77
Аристотеля формальная логика 46
Байера конформный бред 239
Балинского кристаллизация бреда 23, 116
Берлина психоз вдвоем 237
Бехтерева бред гипнотического очарования 258
Бирнбаума патологические внезапные мысли 91
Блейлера голотимный (аффективный) бред 112, 206, 227
Блейхера «отрывочный» бред 202
Бумке иллюзорные искажения висцеральных ощущений 235
Вайсфельда внушенных переживаний и воздействия синдром 122
— параноидные восприятия 191
Вернике аутохтонные идеи 219
— бред толкования 199
— сверхценные идеи 146
Вестфаля навязчивости 152
Вне синдром Фреголи 232
Владычко бред гипнотического влияния 258
Геймановича бред гипнагогический бытовой 213
Гиляровского катестезический бред 206, 255
— осциллирующий бред 232
Гиро ксенопатический синдром 122
Гризингера болезненное бесплодное мудрствование 151
Губера — Гросса индуцированное безумие 237
— эндогенно построенные бредоподобные реакции 177
Деречи симптоматический бред 226
Дюпре бред воображения 229
Дюпре и Леви внутренняя зоопатия 235
Жанэ бред овладения, охватывания 251
Жислина острые параноидные сдвиги 312
Кальбаума дисфрения 195
— пресбиофрения 280
— феномен узнавания двойников 252
Каменевой бред намека 185
— синдром психического воздействия 122
Кандинского идеофрения 266, 284
— псевдогаллюцинации 87, 121
— сновидный бред 219
Кербикова бред перерождения 286
— — отчуждения 286
— — отгороженности 286
Клейста инволюционная паранойя 266
Клерамбо синдром психического автоматизма 84, 121
Клода синдром внешнего воздействия 122, 251
Конрада трема и апофения 119
Коркиной симптом зеркала, симптом фотографии 256
Корсакова бред телесного влияния 251
— дизнойя 284
— тихий делирий 215
Крафт-Эбинга бред одержимости 234
— навязчивые представления 151
Крепелина дисморфофобия 255
— конфабуляторный бред 231
— начальный (инициальный) бред 215
— паранойя 266
— парафрения 279
— пресенильный бред 234, 298
— раннее слабоумие 284
— регистры психопатологических синдромов 143
Кречмера сенситивный бред отношения 271
Кронфельда синдром внешнего влияния 251
Кутанина фебрильный делирий 215
Ласега персекуторный бред 249
Левитова фрустрация 125

Лейхмана индуцированное помешательство 237
Либермейстера стадии делириозного синдрома 220
Майера кататимный бред 206, 228
Майер-Гросса онейроид 224
Мейнерта аменция 205, 214
Моро де Тура гипнагогические переживания 213
Налчаджяна идентификация личности 258
Нейссера резидуальный бред 223, 243
Оршанского аутогенный бред 191
Павлова сигнальные системы 34
— тормозная теория 331
Пинеля остаточный бред 243
Режи одновременный бредовой психоз 237
— ониризм 218
Рончевского структурное изменение сознания 23
Сербского бред демономанический одержимости бесом 235
— синдром смешивания личности 232, 237
Серье — Капгра интерпретативный бред 199
— ретроградная мифомания 231
Сеттона «белая горячка» пьяниц 220
Снежневского бред чувственный фантастического содержания 197, 201, 235
Суханова мусситирующий бред 215
Шарфеттера симбионтический психоз 206, 297
Шнайдера симптомы 1 и 2 ранга 142
Эскироля интеллектуальная мономания 195, 265
— липемания 77
Яспера бредовое сознание 43



Предметно-тематический указатель

Бессознательное, подсознательное, сознательное 18, 104
Бред, бредовые установки 58, 67
— варианты, периоды 116, 206
— возрастные особенности и пол 187
— вторичный чувственный 200
— дефиниция 81, 86
— и другая психопатологическая симптоматика 188
— — компенсаторные механизмы 133, 139
— — логический анализ 45, 328
— — локализация мозговых функций 330
— — особенности личности 95, 112, 136
— — поведение больного 139
— — преморбидные факторы 95
— — расстройства восприятия 28
— — состояние интеллекта 25, 26, 27
— — — критики 134
— — — мышления 33, 133
— — — познавательной деятельности 28
— — — сознания 23, 130, 204
— — степень инкапсуляции 116
— — эмоции 135
— классификация 193, 204, 206, 207
— кристаллизация 116
— методы изучения 46, 53, 67, 129
— объективные признаки 140
— основы анатомо-физиологические 328
— — энергетические 337
— первичный интеллектуальный 198
— помраченного сознания 76, 212, 217
— происхождение термина 73, 80, 81
— психопатологическая структура 99, 129
— симуляция и диссимуляция 317
— систематизация 207
— сущность проблемы 9
— тематика, содержание 115, 141, 182
— темп развития 206
Бредовые синдромы 285
— — при алкогольных психозах 325, 309
— — — инволюционном психозе 297
— — — опухолях мозга 296
— — — органических (травматических) заболеваниях мозга 293
— — — органических (нетравматических) заболеваниях мозга 296
— — — острых травматических психозах 295
— — — прогрессивном параличе 303
— — — психозах позднего возраста 297
— — — реактивных психозах 312
— — — сифилисе нервной системы 301
— — — старческом психозе 300
— — — хронических травматических психозах 295
— — — церебральном атеросклерозе 297
— — — шизофрении 285
— — — — осложненной алкогольным психозом 291
— — — — поздней 289
— — ревности 306
— — — при инволюционном психозе 309
— — — — разных психических заболеваниях 306
— — — — шизофрении 308
— — — — церебросклеротическом психозе 309
— — — эпилептической болезни 293
Бредовое «осознание» 246
Бредообразование 70, 89, 114, 120
— идеаторная база 99
— — подсознательные механизмы 102, 103
— — помрачение сознания 90, 92
— — психоаналитическая концепция 98
— — психологические факторы 98, 112

— — психоорганическая патология 110
— — проблема «бессознательного» 101, 104
— — самосознание 19
Бредоподобная реакция 177
Бредоподобный синдром 177
Доминирующие идеи 143
Защитные ритуалы 174
Интеллект, дефиниция 25
Мышление, дефиниция 34
— нормальное, патологическое 33, 39
— — — и физические процессы в мозге 333
— — — попытка моделирования «энергетической базы» 337
Навязчивости и возрастные особенности 158, 159, 175
— — состояние интеллекта 157
— — преморбидная личность 162
Навязчивые состояния, диагностика 151
— — идеаторные, шизофренические 167
— — механизм образования 162, 163
— — нозологическая принадлежность 158
— — психогенные, невротические 160
— — систематика 160
— — этиология, патогенез 156
Нарушение логического мышления 45
— способности обобщения 41
— тонуса сознания 42
Параметры бреда 129
Проблемная творческая задача 61
Распространенность бредовых синдромов 320
— навязчивых и сверхценных идей 319
Сверхценные идеи и состояние интеллекта 145
Сознание, дефиниция 19, 20
Творчество нормальное и патологическое 53, 67
Трансформация бредовых, навязчивых, сверхценных идей 150, 168, 176
«Фрустрация» и возникновение бреда 125
Шизофрения, вопросы этиологии и патогенеза 324
— теории анатомо-физиологической сущности 329

OCR SH GROUP

Упоминаемые терминологические обозначения

Абстракция 50
Автоматизм 42, 121, 248
— ассоциативный 122
— кинестетический 122
— сенестопатический 122
Аксиома 50
— силлогизма 50
Алгоритм 39
Аменция 205, 214
Ананказмы 152
Апофения 119, 125

Безумие 73
Бессознательное 18, 103
Бред 86
— абортивный 243
— антагонистический 208
— апперцептивный 43
— ассоциативный 43
— аффективный 227
— богатства 303
— величия 250, 280
— воображения 229
— восприятия 29
— галлюцинаторный 209, 276
— гениальных способностей 303
— генуинный, эссенциальный 206
— гибели 257, 303
— гипагогический 213
— — бытовой 213
— гипнопомпический 213
— гипнотического очарования 258
— голотимный 112, 227
— греховности 297
— двойника 232, 258
— депрессивно-параноидный 228
— депрессивный 228
— дерматозойный 236
— дисморфоманический 255, 323
— индуцированный 237
— инициальный 215
— инкапсулированный 243
— инсценировки 199, 208
— интеллектуальный первичный 193, 198, 244
— интерметаморфозы 232
— интерпретативный 199
— — острый 199
— — хронический 199
— имажинативный 229
— ипохондрический 252
— кататимический 228
— кататимный 228
— катестезический 255
— колдовского влияния 236
— конфабуляторный 231
— конформный 239
— концептуальный 199
— Котара 254
— кристаллизовавшийся 23, 116, 247
— ксенопатический 236
— ложного узнавания 232
— манихейский 261, 287
— метаболический 235
— мистический 261
— могущества 250
— намека 207
— невиновности 262
— нигилистический 254
— обнищания 262
— обыденных отношений 233
— овладения 192, 234, 251
— одержимости 234
— околдования 252
— особого значения 263
— островной 260
— осуждения окружающими 312
— осумкованный 260
— осциллирующий 232
— отгороженности 286
— отношения сензитивный 118, 271
— отравления 252
— отчуждения 286
— параноидный 275
— паранойяльный 271
— парафренный 264
— перерождения 286
— персекуторный 249
— положительного и отрицательного двойника 232
— помилования 262

— помраченного сознания 199, 217
— порчи 236
— предположительный 120, 199
— представления 199, 229
— просоночный 213
— психогенный 227
— ревности 241
— резидуальный 223, 243
— ретроспективный 231
— самообвинения 261
— самоуничижения 262
— симбиотический 206, 237
— символический 55, 208
— систематизированный 120, 142, 196, 244
— сноподобный 25
— сумеречного состояния 216
— сутяжный 234
— толкования 199
— транзиторный 240
— трансформации 241
— ундулирующий 207
— ущерба 234
— фабуляторный 231
— фантастический 201
— фебрильный 214
— физического воздействия 251
— — недостатка 255
— физической силы 303
— чувственный 200
— — вторичный 200
— экспансивный 208
— энтерозоонозный 235
— эротический 259
Бредовые ощущения 245
— восприятия 197, 245
— представления 246

Вдохновение 229
Воображение 229
— нереальное 229
— нецелесообразное 230
— реальное 230
— систематизированное 230
— целесообразное 230
Восприятие 29
Вторая сигнальная система 332
Вязание 74

Галлюцинации 87
— истинные 87
— психические 89
— речедвигательные 89
Галлюциноз идеаторный 88
— органический 88
Галлюциноиды 88
Гипотеза 50
Гипотония сознания 19, 42

Делирий 76, 220
— мусситирующий 215
— ориентированный 222
— профессиональный 223
— тихий 215
— фебрильный 215
Деперсонализация 44
Дизнойя 284
Дисфрения 195
Доминанта 143

Закон достаточного основания 49
— исключенного третьего 48
— непротиворечивости 48
— партиципации 42
— тождества 47

Идеи аутохтонные 149, 249
— закрепившиеся, неподвижные 152
— навязчивые 152
— переоцениваемые 149
— повелительные 182
— сверхценные 148
Идеофрения 266
Иллюзии 87
— движения 222
Импликация 51, 174
Инсайт 39, 246
Интеллект 26
Интенция 58
Интуиция 62, 105

Катарсис 54
Криптомнезия 206
Кристаллизация бреда 116

Легкость мышления 56
Липемания 77
Логика 45, 328
— математическая 46
Логический тупик 52

Мания 77
Момент бредообразования 246
Мышление 34
— абстрактное 37
— амотивационное 42
— аналитическое 38
— апперцептивное 38
— ассоциативное 38
— атаксичное 43
— аутистическое 38
— бредовое 41, 46
— бессвязное 43
— вербально-логическое 38
— конкретное 38
— логическое 38
— — дедуктивное 38
— — индуктивное 38
— наглядное 39

— наглядно-действенное 36
— наглядно-образное 36
— паралогическое 42
— парафонетическое 42
— персеверативное 43
— по аналогии 53
— понятийное 37
— разорванное 41, 43
— синтетическое 38
— творческое 58
— эгоцентрическое 38

Навязчивое мудрствование 151, 172, 173
— фантазирование 172
Навязчивости идеаторные 167
— невротические 160
— непсихотические 160
— образно-чувственные 154
— объективные 172
— отвлеченные 161
— психоастенические 160, 164
— субъективные 154, 172
— эйдетические 166
Навязчивые аффекты 160
— воспоминания 172, 174
— галлюцинации 172
— действия 161, 174
— «значимости» 161
— импульсы 154
— мысли 172
— представления 151, 172
— самоанализ 171, 173
— сомнения 171, 174

Обобщение 37, 50
Обсессии 152
Отнимаемые мысли 257
Ощущения 28

Паранея 76
Параноид 312, 313
Параноидные реакции 316
Параноиды психогенные 206, 315
— реактивные запоздалые 316
— стрессовые 313
Параноические реакции 270
Паранойя 77, 210, 266
— инволюционная 266, 298
Паранойяльное состояние 267
Парафрения 77, 279
— конфабуляторная 280
— систематизированная 280
— фантастическая 280
— экспансивная 280
Парафрозине 75
Подсознательное 102, 103
Познание интеллектуальное 125
— чувственное 31
Понятие 30

Предбредовое настроение 245
Предикат 51
Представление 30
Пресбиофрения 280
Психоз вдвоем 237
Псевдогаллюцинации 89
Псевдогаллюциноз 88
Псевдофобии 155

Разноплановость суждений 48
Раннее слабоумие 266
Ритуалы 174

Самосознание 22, 82
«Светлое» помешательство 155
Сделанные мысли 209
Симбиотический психоз 206
Симптом зеркала 256
Синдром бредовой параноидный 275
— бредоподобный 177
— галлюцинаторно-бредовой 276
— — онейроидный 224
— — онирический 218
— дейтероскопии 259
— делириозный 220
— дисморфомании 255
— иллюзорно-бредовой 277
— — ложного узнавания 232
— истинной аутоскопии 259
— онейроидный 217
— отрицательного двойника 232
— параноидный 275
— паранойяльный 267, 269, 271
— парафренный 278
— положительного двойника 232
— преследуемого преследователя 260
— психического автоматизма 247
— Фреголи 232
Сознание 19
— бредовое 23
— структурно-измененное 24
— ясное 23
Соскальзывание 42
Сублимация 126
Суждение 51
Суждения разноплановые 48
Сумасбродство 73
Сумасшествие 73

Творческая личность 53
Трема 119

Умалишение 73
Умозаключение 51

Фобии 155, 160, 161
Фрустрация 125

Шперрунг 43

Эвристика 50
Экмнезия 179
Эрудиция 57

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

Введение. Учение о бреде, навязчивых состояниях, сверхценных идеях 9

Глава 1. Бред, навязчивые состояния, сверхценные идеи и высшая психическая деятельность 17

Понятие «сознание» и бред, навязчивые состояния, сверхценные идеи 18
Понятие «интеллект» и некоторые вопросы учения о бреде, навязчивых состояниях, сверхценных идеях 25
Понятие «процесс познания» и сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред 28
Понятие «мышление» и сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред 33
Сверхценные идеи, навязчивые состояния, бред и некоторые вопросы философии 45
Нормальное и патологическое творчество 53

Глава 2. Клинико-феноменологическое исследование бреда . . 72

Терминология бредовых проявлений психозов 73
Принципы подхода к определению термина «бред» 81
Механизмы бредообразования 89
Параметры бреда 129

Глава 3. Клиника доминирующих и сверхценных идей, навязчивых состояний, бредоподобных и бредовых синдромов 143

Доминирующие идеи 143
Сверхценные идеи 145
Навязчивые состояния 151
Бредоподобный синдром 177
Бредовые идеи, бред, классификация форм и стадий . . . 181

Глава 4. Клиника бредовых идей, бредовых синдромов . . . 212

Клиника бредовых синдромов нарушенного сознания . . . 212
Синдромы преимущественно чувственного бреда 226
Синдромы преимущественно интеллектуального бреда . . . 244
Паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы . . . 264

Глава 5. Клиника бредовых синдромов при разных психических заболеваниях, распространенность этих синдромов, их анатомо-физиологическая и энергетическая базы 283

Клиника бредовых феноменов при разных психозах 285
Элементы эпидемиологии психозов, включающих бред, навязчивости, сверхценные идеи 319

Патологические нарушения нормальной психической деятельности человека и проблема причинности 324
Соматоанатомическая база, физиологические и энергетические основы бреда 328
К построению теории «энергетического обеспечения» мыслительной деятельности человека в норме и патологии (размышление вместо послесловия) 337

Список основной использованной литературы 341
Указатель упоминаемых авторов 354
Некоторые эпонимические термины 359
Предметно-тематический указатель 361
Упоминаемые терминологические обозначения 363

OCR SH GROUP

Монография

МАРК ИСИДОРОВИЧ РЫБАЛЬСКИЙ

Бред

Зав. редакцией — канд. мед. наук **Э. М. Попова**

Научный редактор **А. Г. Гофман**

Редактор издательства **Н. В. Кирсанова**

Редактор **В. И. Лукьянова**

Художественный редактор **О. А. Четверикова**

Технический редактор **Н. В. Сорокина**

Корректор **А. К. Баскакова**

Сдано в набор 31.05.93. Подписано к печати 13.08.93. Формат бумаги $60\times90^{1}/_{16}$. Бумага кн.-ж.-офс. Гарнитура литер. Печать высокая. Усл. печ. л 23,0. Усл. кр.-отт. 23,0. Уч.-изд. л. 28,89. Тираж 5026 экз. Заказ № 1867.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина». 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Смоленская областная ордена «Знак Почета» типография им. Смирнова. 214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, 2.

OCR SH GROUP

М. И. РЫБАЛЬСКИЙ

БРЕД

OCR SH GROUP