

ТРУДНОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННЫХ, ОРГАНИЧЕСКИХ И ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ.

Беккер И.М. , Васянова В.В., Коблова О.В.

Психоневрологический диспансер, г. Набережные Челны

За последние десятилетия количество острых реактивных психозов с классической картиной помрачения сознания, по патогенезу традиционно считающихся истерическими, неуклонно снижается. Л.В. Ромасенко, (1988) приводит данные о интранозоморфозе истерических проявлений в судебно-психиатрической практике, с урежением числа истерических реакций, вне рамок истерических психопатий, в течение 60 лет наблюдений. Если в руководстве по судебной психиатрии 1946г. об истерических сумеречных состояниях говорится как о частом явлении, Ганзеровский синдром рассматривается при этом, как разновидность псевдодементного состояния, то уже в «Судебной психиатрии», (1988) даётся типичная клиника синдрома Ганзера, как остро возникающего сумеречного расстройства сознания и делается вывод о том, что «в настоящее время в судебно-психиатрической клинике редко встречается клинически очерченный синдром Ганзера». И, наконец, в последнем руководстве «Судебной психиатрии», (1998), описывается та же клиника и делается вывод, что «в настоящее время в судебно-психиатрической клинике этот синдром не встречается». Классическое описание Ганзеровского синдрома приведено в «Руководстве по психиатрии» Э. Блейлера (1920): Наиболее ярко патогенетические механизмы реактивных состояний описаны в «Общей психопатологии» К.Ясперса (1997) В Психиатрии» В.А.Гиляровского (1935) приводится случай, когда у девушки по-сле разрыва с женихом «развилось особое состояние затемнения сознания». Учитывая редкость диагностирования Ганзеровского синдрома, мы сочли интересным представить данный случай, наблюдавшийся вне рамок судебной психиатрии, для коллег психиатров.

Большая М., 1962 г.

Обратились сестра и муж больной с жалобами на неадекватное поведение, развившееся внезапно. Была вызвана линейная бригада скорой помощи, рекомендовано обращение к психиатру.

Из анамнеза.

Родилась в семье колхозников, старшей из троих детей. Родители и бабушка чрезмерно опекали. Вторая сестра появилась через 7 лет, так что в первые годы жизни пациентка была в центре всеобщего внимания, ей все позволяли, исполняли любой ее каприз. Если не хотела выполнять какую-то домашнюю работу, о которой ее просили родители, думала о том, что у нее поднимется температура, и она действительно поднималась. До школы детский сад не посещала, воспитывалась дома бабушкой. Была общительной, имела много подруг своего возраста. Любила играть в «школу», в играх всегда была учительницей, очень любила «всем воображаемым» ученикам ставить двойки. В школу пошла с семи лет. До 5 класса была отличницей, затем возникли проблемы с алгеброй. В классе была активисткой, стремилась быть на виду. Хорошо рисовала, поэтому была членом редколлегии, оформляла газеты. Давала всем понять, что именно от нее зависит вся работа в классе. «Нравилось манипулировать людьми». В старших классах стремилась хорошо выглядеть. Чтобы утром не вставать с помятым лицом, с вечера не пила и не ела. В 8-9-м классе начала дружить с мальчиками. Но те мальчики, с которыми училась с первого класса, внимания на нее не обращали. Первая любовь закончилась изменой избранника, который прямо на глазах покинул её с другой девушкой, уехав с ней на мотоцикле Мужа

выбрала именно потому, что он был ей предан всегда, хотя, «наверное, его и не любила». Рядом с ним она чувствовала себя еще умнее и красивее, «это было удобно». Все считали, что будущий муж- надежный человек. Первые 5 лет после свадьбы часто конфликтовали, «притирались друг к другу», были маленькими дети, было много неустроенности. Последующие 5 лет жили хорошо, спокойно, «как бы по привычке». Последние 7 лет, вновь отношения ухудшились, больше стала «чувствоваться разница в интеллекте». Муж не мог принять никакого самостоятельного решения. Когда дети были маленькими, работала в детском саду, чтобы быть с ними вместе. В течение последних 10 лет работает в школе, преподает татарский язык, будучи учительницей по химии и биологии. Считала себя самой элегантной женщиной в школе. Последние полгода были неприятности на работе. Хотела идти в отпуск в июне, а директор без ее согласия решил отпустить ее только в июле, а в июне заставлял работать с трудными подростками. Эту работу выполняла уже в течение нескольких лет, хорошо с ней справлялась, считала задержку отпуска несправедливостью. Переживала также из-за сына, у которого не ладятся дела с математикой, а он учится в математическом классе. Была очень обеспокоена болезнью племянника, страдающего опухолью мозга, постоянно думала о сестре, которая плакала и просила у всех, чтобы сын остался жить. Племянник умер за семь дней до обращения. После его смерти и похорон постоянно вспоминала умершего племянника, думала и осуждала себя за неправильное и строгое отношение к собственным детям. Через неделю после его смерти, в 3 часа утра неожиданно проснулась и громко разрыдалась. Рыдала минут 15-20, не отвечая на вопросы, затем пошла в ванную, умылась, вернулась и снова легла в постель. Через 30 минут начала громко смеяться, хохотать, после чего уже не успокаивалась, никого из окружающих «не узнавала». Выкрикивала отдельные фразы, связанные с событиями, которые происходили 20 лет назад. Спрашивала, не пришла ли сестренка из школы. Говорила о том, как играют ее младшие братья. Держалась за свое левое предплечье, объясняла, что болит рука после укола (получала витамины в детстве). Сказала, что упала на ведро и поцарапала щеку, показывала всем, что у нее кровь на щеке, спрашивала, идет ли еще кровь. Обращалась к своей умершей в детстве подруге. Размахивала руками, говорила, что крутится красивая карусель. На окружающую обстановку, на обращение к ней никак не реагировала. Звала свою сестру по имени, но когда та подходила к ней, отмахивалась, не узнавала, считала, что сестра должна быть маленькой. Что с ней произошло в течение последних дней, запомнила частично. Будто бы видела сон о том, как она спускалась по какой-то темной лестнице, но, дойдя до середины, провалилась куда-то вниз, ударившись головой, левой теменной областью. Она кричала и ругалась с кем-то. Неожиданно перед ней открылось красивое пространство, в которое она стремилась проникнуть, но ее не пускали, а сзади одновременно на нее накатывалась стена огня. Видела своего племянника, как бы на карусели, живого и невредимого, окруженного необычно красивой природой. В то же время кто-то с ней разговаривал на совершенно непонятном языке, она ничего не понимала, сердилась и удивлялась, почему с ней продолжают разговаривать на незнакомом языке. За эти два дня ничего не ела, только пила чай и то, по принуждению.

Психический статус в динамике: входит в кабинет под руки родственников, движения замедленные, глаза широко раскрыты, взгляд застывший, иногда сменяющийся удивленным или испуганным. На предложенный стул была усажена мужем. В речевой контакт с врачом не вступает. Избирательно реагирует поворотом головы на голос сестры, звучащий на родном языке (татарском). На вопросы, задаваемые на русском языке, кем бы ни было, не реагирует. При расспросах сестры о здоровье, о жалобах, с прежним застывшим выражением лица и глаз, даются неправильные или нелепые ответы. Например, на предложение сестры показать правую руку, поднимала левую. На вопросы, связанные со смертью племянника, появлялись эмоциональные проявления, в виде испуганно-удивленного выражения лица, сменяющегося на страдальческое. Совершает автоматизированные движения правой рукой, чертя круг в воздухе, при этом на татарском

языке монотонно повторяет: «Это круг, это круг, он кружится, там красиво, там зеленая травка». Во времени, месте нахождения и собственной личности не ориентирована. После поступления в стационар, ночью спала (была сделана инъекция реланиума 4мл в\м) Утром следующего дня состояние незначительно улучшилось. По-прежнему отсутствует словесный контакт с врачом и медперсоналом. На вопросы не отвечает, сидит в однообразной позе, с застывшим страдальческим выражением лица. Но при ответах на вопросы сестры, задаваемые на родном языке, более живо отвечает на часть вопросов, касающихся её переживаний, при этом отмечается более адекватная, чем накануне эмоциональная реакция. Временами улыбается и радостно громко смеётся. Как и накануне, не ориентируется в месте нахождения, времени, ситуации. Свою сестру не узнает, заявляет, что сестра сейчас учится во втором классе, но при разговоре и обращении к ней сестры, не глядя в её сторону, поглаживает её по руке. Отвечает на вопросы только своей сестры и только заданные на татарском языке. При этом голову в сторону сестры не поворачивает, взгляд устремлен в пространство перед собой, неподвижен. На вопрос сестры, что видит перед глазами, начинает чертить в воздухе круг, говорит, что крутится «карусель с племянником, там красиво». На вопрос, любит ли племянника, отвечает сестре на татарском языке, что очень любит, называет его по имени, улыбается, затем громко смеётся. На вопрос, любят ли её в школе, начинает всхлипывать, появляются слезы, и плача, говорит, что «он» её не любит, променял на девушку с магнитофоном. Начинает рассказывать о молодом человеке - своей первой любви. Рассказывает об этих событиях, как о происходящих в настоящее время и вызывающих у неё сильные переживания. Повторяет многократно про зеленое платье, которое было одето ею на сабантуй много лет назад, часто сопровождает рассказ про зеленое платье словом «матур» (красивое). Затем начинает говорить, что не любит учительницу математики, что не хочет ходить во вторую смену в школу, перечисляет имена одноклассниц. Всхлипывая, говорит, что мама ругается, что она сейчас шьет зеленое платье на сабантуй. Всё это говорит, с широко открытыми глазами, устремив застывший взгляд в пространство. Как только перед её открытыми глазами встал врач, жестом показала, чтобы он отошёл, пояснив, что врач загородил видение племянника, при этом проявляет недовольство и беспокойство. После того, как врач отошел, успокоилась, вновь закрыла глаза и вновь заговорила о красивом месте, где крутится племянник. За всё время длительной беседы ни разу не ответила ни на один вопрос кого-либо, кроме сестры. Не выполняла инструкций и просьб врача, и только один раз выполнила просьбу показать язык. При этом просьба была высказана на русском языке. Отвечая на часть вопросов сестры, ни разу прямо не сказала, сколько ей лет, где она находится, в какой класс школы ходит. Также прямо не ответила на вопрос, умер ли племянник, при этом, в ответ на прямо поставленный вопрос о смерти племянника, вместо ответа о племяннике, начинает всхлипывать, говорить о бабушке, трогать свою щеку, говоря, что щека поранена. Вторую ночь также спала, после инъекции. Утром следующего дня (на 4ый день от начала заболевания) критически вышла из состояния помраченного сознания, после того, как соседка по палате облила её случайно соком. Заявляет, что не знает, где находится, что с ней случилось, что ничего из происшедшего с ней в последние дни, не помнит. Вскоре охотно соглашается на беседу с большой аудиторией врачей. При беседе: внешне опрятна, выражение лица спокойное, взгляд живой, заинтересованный. Охотно садится на предложенное кресло. До-вольно легко вступает в контакт, подробно отвечает на все вопросы. Голос тихий. Словарный запас богатый, грамматический строй речи правильный. В окружающей обстановке и собственной личности ориентирована полностью. Жалуется на слабость. Сообщает анамнестические сведения. Говорит, что не помнит почти ничего, что произошло с ней. Все вышесказанное ею в состоянии психического расстройства, воспринимает как сон. На вопрос об особенностях своего характера, отвечает, что она требовательна ко всем окружающим, особенно, к близким. Считает себя хорошим специалистом и самой элегантной женщиной в школе. О муже

говорит хорошо, но отмечает, что всегда считала его ниже себя по интеллекту и положению в обществе, недостойным ее. Винит себя в неправильном отношении к детям и заявляет, что в дни похорон племянника и позже много думала о своем неверном и несправедливом отношении к собственным детям. Держится при беседе спокойно, с достоинством, весьма откровенно отвечая на вопросы и давая себе довольно точные характеристики. Заинтересована в разговоре. Спокойно воспринимает известие о перенесенном психическом расстройстве. Заявляет, что ничего не помнит о том, что происходило вокруг неё и с нею, но вместе с тем, часть переживаний испытанных в состоянии психического расстройства воспроизводит, оценивая это, как необычный сон. Соматическое состояние: ниже среднего роста, пониженного питания, правильного телосложения. Со стороны внутренних органов выраженной органической патологии не выявляется. А.Д. 115\70 мм рт.ст.

Неврологическое состояние : Зрачки правильной округлой формы, реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию живые. Глазные щели одинаковые. Движения глазных яблок в полном объеме. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии.

Сухожильные и периостальные рефлексy живые, S=D. Патологических знаков не определяется. В позе Ромберга устойчива, пальце-носовую пробу выполняет точно.

Из обследования : ЭХО от 11.05.00г.: смещений срединных структур мозга не выявлено, третий желудочек не расширен.

ЭЭГ от 11.05.00г.: диффузные изменения биоэлектрической активности голов-ного мозга средней степени выраженности в сторону дезорганизации моз-говой ритмики, очаговой активности не выявлено.

РЭГ от 11.05.00г.: Мозговой кровоток достаточный. Нормальный тонус артериальных сосудов. Реакция сосудов на нитроглицерин адекватна.

Диагноз: Острый истерический психоз, синдром Ганзера со сдвигом ситуации в прошлое. F.44.80

Катамнестические сведения (через 10 месяцев). За консультативной помощью в ПНД не обращалась. Продолжает работать учительницей в школе.

Анализ случая.

Дифференциальный диагноз, в силу массивности и остроты переживаний, не-обходимо было в первую очередь провести с острым приступом шизофрении, в виде онейроидного или редуцированно-онейроидного синдрома. Отсутствие на-следственной отягощенности, отсутствие в преморбиде каких-либо черт личности шизоидного регистра, отсутствие компонентов острого чувственного бреда, отсутствие грезоподобности переживаний, наличие истинных, а не псевдогаллюцинаций, отсутствие двойной ориентировки, нарушение ориентировки в собственной личности, отсутствие каких-либо нарушений мышления шизофренического спектра, отражение в психопродуктивных расстройствах психогенного момента, сужение, а не тотальное помрачение сознания, позволило исключить эндогенную природу данного психического расстройства. Исключение шизоре-ноподобного расстройства в рамках какого-либо органического заболевания головного мозга можно исключить, в виду отсутствия органического заболевания головного мозга и как этиологического момента, и как клиникообразующе-го, патогенетического фактора. В психическом состоянии нашей больной, на протяжении всего периода наблюдения отсутствовали какие-либо психопатологические феномены органического регистра: не отмечалось ни специфических нарушений памяти, или интеллекта, ни нарушение когнитивных функций по выходе из психотического приступа, ни epileptiformной или иной очаговой активности, ни психосенсорных нарушений. Таким образом, развитие описываемого психотического эпизода происходило, по нашему мнению следующим образом. У преморбидно акцентуированной демонстративной личности внезапно-но, через шесть-семь дней после психогении (безвременная смерть и похороны любимого племянника), случившейся на фоне конфликта на работе, возникает психотический эпизод, с помрачением сознания. Психотический эпизод начался с

истерических рыданий и смеха, что часто описывалось, как типичные компоненты острых истерических психозов. Затем развивается помраченное (резко суженное сознание), с фрагментарным восприятием окружающей ситуации, мозаичностью воспоминаний о пережитом, невозможностью установления с больной словесного контакта, присоединением истинных психогенных галлюцинаций. В содержании истинных галлюцинаций отражались психогенные переживания: видела племянника, в окружении красивого пейзажа, катающегося на карусели. Это «видение» занимало место в пространстве (экстрапроекция), что больная акцентировала, требуя отойти в сторону врача, заслоняющего видение племянника. На фоне значительного сужения сознания, произошел сдвиг в прошлое на двадцать и более лет, при этом ощущала себя школьницей, видела себя в красивом детском платье, обращалась к сестре, как к маленькой, общалась с первым возлюбленным, покинувшим её «на мотоцикле с другой девушкой». Переживания сопровождались выраженными эмоциональными реакциями, отражающимися в демонстративной мимике, голосе, слезах. В соответствии с критериями Ясперса, имели место все четыре компонента синдрома помраченного сознания. Таким образом, факт наличия помраченного (резко суженного) сознания подтверждается всеми клиническими проявлениями психотического приступа. В то же время, отмечалась типичная именно для истерических сумерек, относительно неглубокая степень помрачения сознания, что проявлялось в реагировании на обращение сестры, избирательное реагирование на татарскую речь, при полном невосприятии русской речи, выраженные эмоциональные компоненты, сопровождающие галлюцинирование, выполнение, хотя и однократное, инструкции врача показать язык. Отмечались мимответы и мимодействия. Главным отличительным признаком, кроме суженности, а не тотальности помрачения сознания, для описываемого эпизода явилось отражение в содержании психопатологических переживаний психогенного момента – видений умершего племянника, переживаний событий двадцатилетней давности, эмоционально значимых для больной. Выход из психотического эпизода произошел быстро, на третий день степень сужения сознания несколько уменьшилась, начала отвечать на простые вопросы сестры, оставалась дезориентированной, недоступной контакту с врачами и медперсоналом. Через 4 дня, критически, без применения нейролептических средств, вышла из психотического состояния. Учитывая реактивный характер психоза, особое эмоциональное сопровождение, черты явной акцентуации личности, демонстративного типа, проявляемые на протяжении всей жизни, подтверждаемые анамнезом, данное помрачение (сужение) сознания более всего укладывается в клиническую картину синдрома Ганзера. Особенностью этого случая является относительно нерезко выраженная тяжесть психогении, четко очерченный сдвиг в прошлое, начавшийся как возвращение в детство, без пугливого поведения, затем перешедший в сдвиг в юность, на 20 лет назад, в период наиболее значимого эмоционального переживания юности – измены любимого человека. При этом нам представляется, что этиологический момент – психогения, носила сложный характер, где наряду с болезнью и смертью племянника, определенную роль сыграло вытесненное в юности переживание измены любимого человека, окрасившее сам психотический эпизод дополнительным феноменом – сдвигом переживаемого на момент сужения сознания существования и самоощущения больной в прошлое, на двадцать лет назад. Это не нарушение памяти – амнезия, а именно сдвиг самого существования больной в суженном сознании, назад, в период получения ею тяжелой психогенной травмы юности. Необходимо отметить, что все психиатры начала и первой половины XX века, акцентировали внимание на том, что в основе всех форм истерических психотических расстройств, лежит регресс в прошлое: индивидуальное или даже видовое.

Литература:

1. . Е. Bleuler «Руководство по психиатрии» Берлин 1920г., 420с.
2. 2. К. Ясперс « Общая психопатология» М. 1997г., 494с,
3. 3. В.А. Гиляровский « Психиатрия» Биомедгиз. 1935г., 628 с.
4. «Судебная психиатрия»/под ред. Бунеева. А.Н/. – М., – 1947. – 172с.
5. «Судебная психиатрия» под ред. Г.В. Морозова .М. 1988г., 315с.
6. «Судебная психиатрия» под ред. А.С. Дмитриева М. 1998г., 333с.
7. »Руководство по психиатрии» под ред. Тиганова М. 1999г., 493с.
8. «Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов., психиатров и наркологов .Тезисы докладов.» 1988г. М. Т.3 , 367с.

Опубликована в журнале «Неврологический вестник» - Казань, 2001. – Т. XXXIII, вып. 3-4. – С. 54-58.