

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, РФ

Республиканская клиническая психоневрологическая больница–медико-психологический центр Министерства здравоохранения Российской Федерации, Донецк, ДНР, Россия

ПРИМЕНИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МУЛЬТИМОДАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ ПРИ ПСИХОЗАХ В ОТНОШЕНИИ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Титиевский С.В., д.м.н., проф. - профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Воеводина В.С. - директор Республиканской клинической психоневрологической больницы–медико-психологического центра

Гостюк И.М. - заведующий отделением №3 Республиканской клинической психоневрологической больницы–медико-психологического центра

Федоровская И.В. - врач-ординатор отделения №3 Республиканской клинической психоневрологической больницы–медико-психологического центра

В настоящее время считается, что галлюцинации возникают во всех сферах чувств, включая слуховую, зрительную, обонятельную, кинестетическую и другие (Chesterman L.P., Boast N., 1994).

Галлюцинаторные переживания включены в нозологические категории (Waters F., Fernyhough C., 2017) и являются клиническим проявлением многих психических расстройств (например, шизофрении, биполярного расстройства, деменции с тельцами Леви, психоза при болезни Паркинсона), а также сенсорных расстройств, таких как нарушения слуха или заболевания глаз (Ffytche D.H., 2009).

Особое положение занимают описанные ещё в 1928 г. В. Майер-Гроссом синестетические галлюцинации, обладающие свойством мультимодальности, интерес к которой в современной психиатрии значительно возрос.

Цель работы: уточнить современные сведения о мультимодальных галлюцинациях при психозах, используя клинический случай.

Материал и методы исследования: данные литературы о мультимодальных галлюцинациях, анализ на их основе клинического случая наличия мультимодальных галлюцинаций.

Результаты исследования и их обсуждение

Традиционно считается, что галлюцинации возникают одновременно в одной модальности (т.е., являются унимодальными).

В случаях же, когда галлюцинации возникают в разных модальностях, преобладает понимание того, что они возникают в разное время (т.е., не слиты/одновременны, как, например, видение и слышание говорящей головы) (Montagnese M. et al., 2021).

Тем не менее, растущее признание того, что галлюцинации могут возникать в различных модальностях, переключило внимание на систематический поиск таких мультимодальных феноменов (Waters F., Fernyhough C., 2017; Waters F. et al., 2014).

В настоящее время мультимодальные галлюцинации (ММГ) определяются как возникающие у одного и того же человека в разных модальностях, либо одновременно, либо последовательно (серийно), а их классификация на основе 3 характеристик представлена следующим образом (Montagnese M. et al., 2021):

1) *одновременные* (появляются одновременно) и *серийные* (возникают в одной сенсорной модальности (униmodalные), но последовательно во времени (с задержками от минут до дней и более));

2) *связанные* (восприятие одного объекта в разных сенсорных модальностях или связь галлюцинаций по смыслу) и *несвязанные* (отсутствие данных признаков);

3) *конгруэнтные* (контекстуально понятное сочетание галлюцинаций разных модальностей) и *неконгруэнтные* (отсутствие данного признака).

Примеры типов ММГ, основанных на комбинаторных характеристиках трех их параметров (времени, связанности и конгруэнтности):

- *последовательные и несвязанные* (сегодня увидеть собаку, а через несколько дней услышать голос дьявола);
- *одновременные и несвязанные* (видеть собаку и услышать голос дьявола);
- *одновременные, связанные и конгруэнтные* (видеть собаку и слышать её лай);
- *одновременные, связанные и неконгруэнтные* (видеть собаку и слышать, как она говорит голосом дьявола);
- *последовательные, связанные и конгруэнтные* (видеть собаку сегодня и связывать слуховую галлюцинацию лающего звука позже в тот же день с тем же объектом (т.е., собакой));
- *последовательные, связанные и неконгруэнтные* (видеть собаку сегодня и связывать голос дьявола, услышанного позже в тот же день, с тем же объектом (т.е., собакой)).

Сложность и важность правильной диагностической оценки ММГ, в том числе, – их клинической принадлежности, как представляется, хорошо иллюстрирует следующий наблюдавшийся нами случай.

Больной М., 49 л., поступил в психоневрологическое отделение впервые в жизни с жалобами на тревожные ожидания и опасения, апатию, беспричинную вспыльчивость, плаксивость, периодическую головную боль, сон с частыми пробуждениями, дрожь в руках, ухудшение памяти на недавние события, рассеянность и перепады настроения.

Через 8 месяцев после мобилизации попал в плен, находился там 4 месяца. Был обменян 3,5 месяца назад, лечился по поводу бронхиальной астмы, в неврологическом отделении с диагнозом «ВСД смешанного типа с цефалгией, вестибулопатией. Инородные тела металлической плотности в лобной области справа».

Направлен для осмотра психиатром.
Выглядит подавленным, напряженным.
Эмоционально не выразителен.

Гипомимичен.

Адинамичен.

При этом, охвачен внутренней тревогой, недоверчив, застенчив.

Самооценка резко снижена.

Высказывает идеи неполноценности.

Мышление в замедленном темпе.

Внимание неустойчиво.

Испытывает трудности в переубеждении.

О нахождении в плену говорит мало, во время беседы заметно, что не хочет затрагивать эту тему.

При этом, лицо невыразительное, взгляд устремлен в одну точку.

В то же время, указывает на навязчивые воспоминания о плене.

Пессимистичен в оценке будущего.

Суицидальных мыслей не высказывает, соответствующих тенденций не обнаруживает.

Диагноз при поступлении: посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Назначено лечение пароксетином 20 мг утром, труксалом по 25 мг 3 р./день, затем 50 мг на ночь и психотерапия: ароматерапия, музыкотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная психологическая коррекция.

При исследовании эмоциональной и личностной сфер: эмоциональная сфера характеризуется состоянием легкой депрессии; средний уровень реактивной тревожности, высокий уровень личностной тревожности; уровень эмоционального стресса (методика Люшера) нарастает в ходе исследования; профиль СМИЛ: пик по шкале пессимистичности.

В отделении М. держался обособленно, ни с кем не общался.

При этом, регулярно посещал психотерапевтические группы, где был активен.

Во время комиссионного осмотра на вопрос «Есть ли у Вас плохие мысли?» (учитывая депрессивный фон настроения М.) больной с некоторым (показавшимся непонятым) воодушевлением ответил: «Нет, себе я сделать ничего не хочу. Есть мысли сделать плохое очень близкому мне человеку».

При уточнении, что же это за человек, сказал: «Это моя жена. Я её очень люблю. Но после возвращения домой из плена у меня возникло желание ударить мою любимую ножом».

Ввиду явной, но не объясняемой больным, парадоксальности высказываемого было предположено наличие императивных вербальных галлюцинаций.

На прямой вопрос, относящийся к их существованию, больной ответил, что уже на протяжении длительного времени (до СВО) его посещают мужские «голоса», которые находятся в голове: «один слева впереди внутри головы» подстрекает ударить ножом жену, а второй справа внутри головы «вкрадчиво говорит, что этого делать не надо».

При этом, М. держится спокойно, уверенно.

Отмечает, что «голоса» его беспокоят с 12-летнего возраста и «не приказывают, а увещевают, уговаривают».

Периодически они ослабевают.

Однако после нахождения в плену их интенсивность усилилась.

В беседе «голос» в передней части головы М. называет «чёрным», а в правой части – «белым».

На уточняющий вопрос отвечает, что впереди внутри головы видит чёрное пятно, из которого и исходит «голос», а справа в голове появляется («входит») белая фигура с капюшоном, и от неё исходит второй «голос».

В дальнейшем определяет данные феномены как «Чёрный» и «Белый».

Во время беседы больной отмечает, что после начала лечения в отделении состояние его улучшилось – интенсивность «голосов» уменьшилась:

«Утром просыпаюсь – голова светлая, но к вечеру «голоса» усиливаются».

При исследовании функций мышления: разноплановость, элементы паралогичности, резонерство, снижение критичности.

Поставлен диагноз: хронический галлюцинаторный психоз (F28).

Назначен трифтазин в дозе 5 мг утром, затем – по 5 мг утром и днем.

М. сразу же отметил улучшение в состоянии: сказал, что «плохой «голос» ушёл дальше, слышится, но как бы из-за двери, остался белый «голос», хороший».

Из-за скованности в нижней челюсти трифтазин был отменен, назначен мендилекс в дозе 2 мг утром.

Психическое состояние сразу же ухудшилось, и при повторном комиссионном осмотре М. рассказал: «Голосом артиста Папанова в фильме «Бриллиантовая рука» меня стал проклипать «Чёрный» («Чтоб ты сдох!» и т.д.) за то, что я о нём рассказал, выдал его.

А поведал я о нём по совету «Белого»: «Видишь, врачи – люди хорошие, знающие, они помогут. Пора «Чёрного» «сдать», он давно это заслужил». А теперь «Чёрный» мне мстит и в качестве самонаказания велит свить верёвку и повеситься.

Когда я говорю, что не умею этого делать, он отвечает: «Велика беда! Ты же рыбак, узлы вязать умеешь».

Раньше он мне тоже угрожал: «У нас много таких, как ты. И мы со всеми расправились. Вот идёт поезд. Подойдёшь и бросишься под него».

Я стоял близко, но сопротивлялся этому.

И вдруг отчётливо чувствую, как какая-то неведомая сила (будто рука!) толкает меня в спину под колёса. Я очень испугался».

На вопрос, не отмечал ли он когда-либо другие виды воздействия, включая дистанционное, отвечает уверенно отрицательно.

Отмечает также отсутствие «сделанности» феноменов «Чёрного» и «Белого», достаточно критичен к ним, хотел бы избавиться от обоих.

Указывает на появившиеся ощущения, что за ним кто-то наблюдает.

Назначен рисперидон в дозе 2 мг утром.

При клиническом разборе с ординаторами-психиатрами уточнил, что «Черный» и «Белый» впервые появились во время учебы в школе, когда М. было 12 лет: «Надо мной насмеялись, издевались ученики.

Тогда «Чёрный» и посоветовал их убить, чтобы отомстить, а «Белый» отговаривал это сделать».

Однако далее М. вспоминает, что в 10-летнем возрасте разогрел на печке кочергу и сильно прижёг ей руку 4-летнего брата, поскольку так ему велел «Чёрный».

Был ли уже в то время «Белый», непонятно.

Никогда не обращался к психиатрам, получил среднее техническое образование, много лет непрерывно и успешно работал слесарем в газовом хозяйстве, откуда и был мобилизован с началом СВО.

В армии ранее не служил в связи с наличием соматической патологии.

Получив повестку о мобилизации, сначала испытал испуг, но затем «Белый» стал убеждать М., что ничего страшного не произошло, и успокаивать обещаниями помощи в виде советов на передовой.

В дальнейшем М. успешно воевал, как он утверждает, слушая «Белого».

«Чёрный» полностью исчез с момента мобилизации и не появлялся вплоть до обмена М. из плена, в который больной попал, когда в окружении вёл бой вместе с несколькими бойцами своего подразделения.

Все они погибли, а М. был легко ранен.

Окружившие М. враги кричали, чтобы он сдавался.

Его сомнения в этом отношении развеял «Белый», заверив, что «всё будет нормально», и помощь советами продолжится (что, по словам М., и происходило в течение всех последующих четырёх месяцев пребывания в плену).

С диагнозом «Хронический галлюцинаторный психоз (F28). Параноидная шизофрения (F20.09)?» переведен для продолжения лечения в общепсихиатрическое отделение.

По сути, если исходить из описанных выше типов ММГ, наблюдаемые у М. галлюцинации являются *одновременными, связанными и конгруэнтными*. Трудно выделить их базовую модальность, но, вероятно, она является слуховой, учитывая, что изначально больной раскрыл наличие антагонистических (контрастирующих) галлюцинаций, а затем уже рассказал об их сочетании со зрительными и, иногда, – гаптическими.

В основном, эти переживания, безусловно, являются псевдогаллюцинаторными, учитывая их интрапроекцию и ощущение постороннего присутствия (несмотря на достаточно выраженный характер достоверности, при относительной критичности к ним больного).

Другие проявления синдрома Кандинского-Клерамбо не были выявлены. Ничего необычного, даже для диагностики шизофрении, в данном случае нет, учитывая в два раза бóльшую встречаемость при этом заболевании ММГ по сравнению с унимодальными галлюцинациями (de Leede-Smith S., Barkus E., 2013).

Заключение

Таким образом, данный случай благодаря неожиданно возникшей чрезвычайной откровенности больного (до того почти 40 лет диссимулировавшего психоз) позволяет уточнить многие из описанных в существующей современной литературе черт ММГ, достаточно четко определив их тип в соответствии с современными классификационными воззрениями.

A bright sun is shining from the upper left, creating a lens flare effect across a blue sky filled with white, fluffy clouds. The text is centered in the middle of the image.

**Спасибо
за внимание!**