М. И. РЫБАЛЬСКИЙ

ИЛЛЮЗИИ И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

СИСТЕМАТИКА, СЕМИОТИКА, НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Издательство „Маариф"
Баку—1983

56.1
Р 66

Рыбальский М. И. Иллюзии и галлюцинации. Баку, „Маариф", 1983, 304 с.

М. И. Рыбальский — ветеран Великой Отечественной войны, доктор медицинских наук, заместитель главного психиатра Московской области. Его перу принадлежит около 70 печатных работ, посвященных самым различным проблемам: истории отечественной психиатрии и эпидемиологии психозов, социальной и организационной психиатрии, предупреждению общественно-опасных действий психически больных и организации наркологической помощи, патографии и общей психопатологии, клинике и терапии психических заболеваний.

Основное содержание монографии «Иллюзии и галлюцинации» составляет описание, психопатологический анализ, систематика различных встречающихся при психических расстройствах, а также вне болезни (явления эйдетизма, сновидения, внушенные «обманы»), иллюзорных и галлюцинаторных феноменов в их статике и динамике. Кроме того, дается краткая характеристика критериев клинической оценки и уточняется дефиниция основных типов иллюзий и галлюцинаций, разбираются спорные вопросы учения о галлюцинациях.

Материал излагается последовательно по классификационным отделам, группам, вариантам и иллюстрируется по тексту 202-мя клиническими наблюдениями.

Табл. — 3, схем — 2, список литературы — 409 назв.

Рецензенты: заслуженный деятель науки, профессор *С. Ф. Семенов*
доктор мед. наук, профессор *М. И. Фель*

Р 60302—00 217—83 0304000000
М 652—832

© Издательство «Маариф», 1983.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Прошло свыше ста лет после первой публикации исследования галлюцинаций В. Х. Кандинским и почти полвека после издания монографий, посвященных той же проблеме, С. П. Рончевского, Е. А. Попова, В. А. Гиляровского. Трудами В. Х. Кандинского было положено начало изучению этого вида патологии не только у нас, но и за рубежом. Постоянно печатаются отечественные работы, содержащие описание, соображения о природе галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, иллюзий. Так, только в предлагаемом труде использовано более 250 отечественных публикаций и 150 монографий. Несмотря на столь большое число публикаций, знание природы галлюцинаций и родственных расстройств, их проявлений, развития, систематики, по-прежнему остается далеко не завершенным.

Многолетние, скрупулезные исследования М. И. Рыбальского позволили ему внести свою долю, и не малую, в описание галлюцинаторных, псевдогаллюцинаторных и иллюзорных расстройств и разработать оригинальную классификацию этих феноменов.

Критерии определения галлюцинаций, псевдогаллюцинаций и иллюзий не абсолютны. Например, один из их признаков — непроизвольность, свойственен не только галлюцинациям и иллюзиям, но также явлениям навязчивости и ряду других расстройств. Можно указать на другой признак — чувство отчуждения. Оно почти постоянно, но не абсолютно и отсутствует, в частности, в случаях псевдогаллюцинаций в виде звучания своих мыслей. Не всегда постоянен признак чувственности, поскольку нередко наблюдаются беззвучные псевдогаллюцинации в виде «чужих», «сделанных» мыслей с так называемым автоматическим мышлением.

Сопоставление перечисленных, субъективно проявляющихся признаков обнаруживает неоднозначность их природы. Как известно, иллюзии возникают лишь при наличии объективно существующего предмета, явления и полностью замещают его восприятие. Функциональные галлюцинации сосуществуют с реальным явлением. Галлюцинации построены без наличия реального предмета, но обладают его признаками. Наконец, псевдогаллюцинации, возникающие в субъективном простран-

стве, не идентичны с реальными предметами, явлениями, но, как правило, сопровождаются свойством «сделанности», воздействия, что сливает их с бредом.

Упомянутые «школьные» дефиниции в жизни далеко не столь определенны и просты. Любому проявлению психической болезни, будь то полиморфное, мономорфное, аморфное (К. Петрилович) — свойственно исключительное многообразие, и не только индивидуальное, но и групповое, не только в статике, но и в динамике. В течении психических болезней возможны самые разнообразные, отнюдь не предусмотренные нозологическими канонами, видоизменения их проявлений.

Исследованию и описанию полиморфизма иллюзий, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, их квалификации и классификации и посвящена настоящая монография. Автор последовательно, на основе сопоставления своего опыта и литературных данных включает в понятие иллюзии и галлюцинации широкий круг расстройств — начиная с явлений дизестезий, сенестопатии, парестезии, синестезии и вплоть до «психических галлюцинаций». В соответствии с этим его классификация иллюзий, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций состоит из 4-х отделов, разделенных на 12 групп. Помимо феноменологических признаков, обосновывающих выделение самостоятельных групп, автор классифицирует галлюцинаторные и иллюзорные явления по особенностям основных психопатологических расстройств — помрачению сознания и нарушению мышления.

Предлагаемая автором классификация иллюзий, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций включает не только патологические, но и физиологические иллюзии, а также ряд патологических явлений, отнесение которых к разряду иллюзий и галлюцинаций феноменологически не бесспорно. Речь идет об эйдетизме, дереализации, сенестопатиях и др. (в том числе и о некоторых, так называемых «сделанных», феноменах). Несмотря на дискуссионность отдельных положений автора, творчески разработанная им концепция иллюзий, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций несомненно представляет собой новый этап в учении о названных расстройствах.

Монография М. И. Рыбальского содержит не только всесторонний психопатологический анализ, описание свойств и особенностей галлюцинаций и иллюзий, но и обобщение всего исторического опыта их изучения, накопившихся гипотез и суждений, выводов и концепций, подчас весьма противоречивых.

Издание монографии своевременно и необходимо для дальнейшего развития психиатрии. Книга частично восполняет пробел, который образовался в последние годы в изучении психопатологии.

Монография продолжает традиции отечественной психиатрии. Все высказываемые автором положения подтверждаются тщательно выполненными клиническими исследованиями. Кни-

га содержит свыше 200 историй болезни. Описаны больные с различными нозологическими формами. Данные из историй болезни обосновывают предлагаемую классификацию иллюзий и галлюцинаций. Они служат не только для подтверждения правильности, но и практическим целям — диагностике психических болезней.

Исследование иллюзий и галлюцинаций содержит энциклопедическую информацию об этих расстройствах. Автор не ограничивает свою задачу всесторонним изложением накопившихся сведений, не избегает дискуссионных и трудных вопросов, не уклоняется от критики противоречивых суждений. Он стремится к всестороннему обоснованию своей точки зрения на спорные положения.

Несомненно, что монография об иллюзиях и галлюцинациях станет не только настольным диагностическим пособием, но и послужит стимулом для дальнейшего развития исследований в области общей психопатологии.

***А. В. Снежневский*— академик АМН СССР.**

ВВЕДЕНИЕ

Спорные вопросы учения об иллюзиях и галлюцинациях

В наши дни несоизмеримого с прошлым увеличения объема знаний в любой области науки целесообразность постановки каждого исследования, посвященного проблемам учения о галлюцинациях, можно с успехом подтвердить теми же доводами, которые много лет назад В. Х. Кандинский (1885) предпослал своему труду. Во вступительной главе к немецкому изданию монографии о псевдогаллюцинациях мы читаем: «...чувствую необходимость предпослать моей работе небольшое предисловие, в котором мне придется объяснить, почему я не счел за лишнее приложить свои силы к изучению предмета, над которым задолго до меня потрудились такие талантливые и эрудированные исследователи, как Байарже, Кальбаум и Гаген.

Но так ли уж невозможно сказать что-либо новое о галлюцинациях, что не было бы обнаружено прежними авторами? Ежегодно литература на эту тему обогащается новыми работами, и сам по себе факт появления этих последних, независимо от их внутренней ценности, доказывает, что потребность в дальнейшем исследовании этой важной темы далеко еще не исчерпана» и далее: «...контраст между обилием теорий и скудностью точных клинических наблюдений бросается в глаза. Теориям нет числа, каждый автор предлагает новое толкование, и, в конце концов, получается, что сколько авторов, столько и концепций. Правда, в некоторых случаях расхождения не столь существенны, однако встречаются и полностью противоречащие друг другу теории».

Прошло почти сто лет, но приведенные выше высказывания по поводу состояния учения о галлюцинациях справедливы и сегодня. Вслед за В. Х. Кандинским и частично повторяя его мысли, можно лишь отметить, что даже смысл самих понятий «иллюзии», «галлюцинации», «псевдогаллюцинации» до сих пор окончательно не установлен и имеет множество толкований, нередко противоречивых.

Указанное обстоятельство предопределяет отсутствие согла-

сованности, непрерывные споры и дискуссии, касающиеся многих разделов и элементов учения о галлюцинациях, многих терминов и определений.

Научный период истории учения о галлюцинациях, у истоков которого стояли такие выдающиеся психиатры, как Г. Байарже (1844), А. Маттей (1829), Ф. Пинель (1829), Ж. Эскироль (1838), насчитывает около 175 лет. Без преувеличения можно сказать, что все эти 175 лет отдельные положения учения о галлюцинациях были объектом постоянных непрекращающихся споров.

Споры прежде всего касались патогенеза. Выдвигались периферическая, центральная и смешанная теории возникновения галлюцинаций. Спорили об отнесении иллюзий и галлюцинаций к числу «обманов чувств» или «обманов ума». Продолжают спорить о связи этих феноменов с патологией ощущений, восприятий, представлений, понятий. Не все соглашаются с категорическим размежеванием бреда и истинных галлюцинаций, поскольку при последних имеется бредовая убежденность в действительном существовании галлюцинаторного образа.

Не все также признают предложенное почти 150 лет назад Ж. Эскиролем четкое разграничение иллюзий и галлюцинаций. В связи с этим не решено, можно ли относить иллюзии и галлюцинации к одним и тем же отделам и группам классификационной шкалы, одинакова ли степень участия сознания, мышления больного при возникновении иллюзий и галлюцинаций.

Среди многих вопросов, также остающихся до настоящего времени спорными, назовем следующие. Правомерно ли отнесение к числу галлюцинаций явлений эйдетизма, сновидений, внушенных гипнотических образов; можно ли ставить знак равенства между псевдогаллюцинациями Кандинского, психическими галлюцинациями Байарже и феноменом психического автоматизма Кандинского—Клерамбо? Что входит в рамки феномена психического автоматизма и можно ли ограничить представление о нем только представлением о псевдогаллюцинациях? Какой кардинальный критерий позволяет разграничивать такие близкие психопатологические образования, как галлюцинозы, псевдогаллюцинозы, галлюциноиды, истинные или псевдогаллюцинации? Можно ли говорить о псевдогаллюцинациях Кандинского тогда, когда сознание галлюцинанта помрачено, то есть обязательно ли при диагностировании псевдогаллюцинаций наличие непомраченного сознания у галлюцинанта? Во всех ли случаях псевдогаллюцинаций имеется чувство сделанности, всегда ли при наличии этого чувства или чувства внешнего влияния речь идет о псевдогаллюцинациях? Возможны ли взаимные превращения псевдогаллюцинаций и галлюцинаций? Можно ли говорить о ясном сознании больных, испытывающих

иллюзии, галлюцинации, обнаруживающих расстройство мышления, высказывающих бредовые идеи и т. п.?

Знакомство с исследованиями, касающимися учения о галлюцинациях, позволяет прийти к выводу о том, что, наряду с принципиальными расхождениями во взглядах по ряду вопросов, некоторые противоречивые высказывания и споры связаны с различием методологических подходов к изучению проблемы. Здесь речь идет прежде всего о разных исходных позициях, принятых при квалификации иллюзорных и галлюцинаторных феноменов, различной оценке значимости тех или иных особенностей этих феноменов.

Демонстративными примерами сказанного могут служить предложения квалифицировать галлюцинации по какому-либо одному признаку вместо проведения комплексного клинического анализа, принимающего во внимание ряд признаков, а главное, учитывающего общее психическое состояние больного — состояние его сознания и мышления.

Подчеркнем, что расхождения во взглядах методологического характера в конечном итоге приводят к принципиально различным выводам и положениям. Поэтому вопросам методологии, особенно правильности выбора и определения значимости критериев клинической оценки иллюзий и галлюцинаций, нами уделяется много внимания.

Дискуссии, касающиеся учения о галлюцинациях, нередко также возникают по недоразумению, причиной которого чаще всего бывает различная трактовка терминов и определений или непринципиальный формально-установочный подход к некоторым словам и выражениям.

Психиатрия, как все другие клинические дисциплины, за многие годы своего развития накопила весьма большое количество терминов. Отношение врачей, и, в частности, врачей-психиатров к медицинским терминам неоднозначно. Связано это с рядом обстоятельств: в любой клинической дисциплине существуют общепризнанные, общепринятые термины и термины, не получившие общего признания, применяемые лишь отдельными авторами. Все было бы не столь сложно, если бы каждый термин имел всегда только одно конкретное значение, обозначал бы только один психопатологический симптом, а разные психопатологические явления всегда имели бы различные терминологические обозначения. На деле получается иначе. Нередко принципиально различные психопатологические феномены разными психиатрами именуются одинаковыми терминами, и наоборот —одно и то же психопатологическое явление имеет различные наименования. В результате психиатры иногда просто не понимают друг друга. Мало помогают в этом отношении многочисленные терминологические словари, глоссарии. Положение осложняется тем, что в современной психиатрической литературе усилилась тенденция к необоснованному словообра-

зованию, предложению новых терминов или изменению смыслового значения давно существующих.

Иллюстрировать сказанное можно лишь несколькими примерами. Так, термин «псевдогаллюцинации» приобрел право гражданства, и мы понимаем под этим термином психопатологическое явление, которое описал в 1885—1889 гг. В. Х. Кандинский. Однако до В. Х. Кандинского, в 1868 году, Дж. Гаген применил термин «псевдогаллюцинации» для обозначения ошибок памяти, перенесения вымысла в действительность и др.

В. А. Гиляровский в одном из изданий своего учебника отождествляет термины «псевдогаллюцинации» В. Х. Кандинского и «психические галлюцинации» Г. Байарже, а в монографии «Учение о галлюцинациях» (1949) подчеркивает, что эти термины должны рассматриваться раздельно и имеют разное значение.

М. Г. Гулямов со своими учениками (1970, 1975, 1977) много сделали для не вполне обоснованного слияния термина «псевдогаллюцинации» в определении В. Х. Кандинского с понятием «феномен психического автоматизма», названным ими синдромом Кандинского.

В 1885 году В. Х. Кандинский пишет: «...я ничего не имею против того, чтобы те субъективные явления, к которым я прилагаю теперь термин «псевдогаллюцинации», были названы, например, «галлюциноидами...»* Р. Мург (1913)** галлюциноидами считал нереалистичные обманы, сопровождающиеся частичной критикой больного. В. П. Осипов (1923) счел нужным обозначить феномены, имеющие все признаки псевдогаллюцинаций, термином «галлюциноиды». Этот термин понимают несколько иначе Е. А. Попов (1941) и совсем по-другому Н. Н. Корганов (1949) и Г. К. Ушаков (1969). Поэтому, встречая термин «галлюциноиды», мы не всегда знаем, какое в него вложено содержание.

Отсутствует единое понимание терминов «акоазмы» и «фотопсии», которые одни авторы четко отграничивают от элементарных галлюцинаций, а другие — отождествляют с ними.

Аналогичное отсутствие единого понимания относится к терминам «функциональные и рефлекторные галлюцинации», «ониризм» и «онейроид», «галлюцинозы» Шарля Бонне и Лермитта...

Единому определению многих терминов препятствует еще то, что сущность обозначаемых ими явлений не всегда соответствует их прямому дословному переводу с латинского или греческого, а также то, что указанные явления неодинаково характеризуются разными авторами. Преодоление первого препятствия достигается применением терминов без учета их прямого

---

* В. Х. Кандинский. «О псевдогаллюцинациях», М., 1952, с. 44 (сноска).
** Цитируется по В. А. Гиляровскому, 1938.

дословного перевода. Так, например, термин «истинные галлюцинации», означающий в прямом дословном переводе «истинный обман», привычно используется в случаях, при которых больные в состоянии непомраченного сознания относятся к воспринимаемым галлюцинаторным образам как к истинно, действительно существующим.

Несравненно сложнее преодолеть второе препятствие, мешающее единому пониманию ряда терминов, обозначающих психопатологические феномены. Действительно, можно ли, например, одинаково понимать термин «галлюциноз», если одни авторы относят обозначаемый им феномен к истинным галлюцинациям, а другие — к псевдогаллюцинациям? Одни утверждают, что этот феномен встречается при непомраченном, другие — при помраченном (А. С. Кронфельд, 1936) сознании. Примерно то же можно сказать о термине «феномен двойника», поскольку одни понимают под этим термином аутоскопию (в экстра- или интрапроекции), другие — ложное узнавание, а третьи — бред двойника.

К сказанному о необходимости единой трактовки психиатрических терминов и определений следует добавить, что некоторые психиатры придают особое, мы бы сказали, неадекватное значение отдельным словам и понятиям. По мнению этих психиатров, например, недопустимо использовать слово «переживание» в сочетании с терминами «иллюзии», «галлюцинации», «бред». В соответствии с их точкой зрения, выражения «галлюцинаторные переживания» или «бредовые переживания» психиатрически не вполне грамотны. Неправильной в клиническом отношении они также считают попытку учета психологии больного при анализе выявленной у него психопатологической симптоматики. Подобные взгляды иногда возводятся в ранг принципиальной научной установки.

Согласно приведенной установке, говорить о переживаниях бреда, галлюцинаций означает «примитивизировать» подход к этим сложным психопатологическим феноменам и необоснованно отождествлять симптомы психического заболевания с эмоциональной реакцией, переживанием психически здорового человека. Признать правильность такой формально-установочной трактовки слов мы не можем, так как галлюцинации, бред возникают не у манекена или робота, а у живого человека. Эти симптомы определяют болезненные переживания. Они неразрывно связаны с другими признаками болезни и со всем, что характеризует психическую деятельность конкретного больного, включая его эмоциональную сферу.

Эмоциональные реакции больного, например, страх, удивление, радость, тревогу, связанные с содержанием галлюцинации или с фактом ее появления, по нашему мнению, можно назвать только переживаниями. При этом иллюзии, галлюцинации, навязчивые, сверхценные, бредовые идеи переживаются больны-

ми в разных случаях с различной степенью эмоционального и интеллектуального участия, но всегда переживаются. Эту мысль очень убедительно еще в 1936 году обосновал Е. А. Шевелев в работе «О переживании болезни».

Аналогично мы подходим к оценке термина «психологизация». Он применяется иногда в качестве нарицательного для осуждения всякой попытки квалификации психотических переживаний больного с учетом его психологии, особенностей характера, ситуации, в которой он находится, преморбидного жизненного опыта и т. д. Иначе говоря, сторонниками приведенной позиции не только допускается, но настойчиво рекомендуется изоляция анализируемых психотических симптомов от личностных особенностей больного и характера его взаимоотношений с объективной реальностью.

Термин «психологизация» не является открытием последних десятилетий. Указанным термином еще 60—70 лет назад психиатры определяли попытку психически больного (не врача-психиатра, а психически больного) рационально объяснять свои собственные психотические переживания.

По нашему мнению, трудно возражать против того, что врач, оснащенный знанием психиатрии и владеющий методами материалистической диалектики, имеет основание и право для проведения, наряду с психопатологическим, также сложного и тонкого психологического анализа переживаний больного. Мы считаем неоправданными опасения, что оценка психологических факторов, сопутствующих галлюцинированию, так же, как применение слова «переживания», может привести к пониманию психотических симптомов в качестве реакции на ситуацию, а не в качестве проявления расстройства психики.

Поэтому при дальнейшем рассмотрении семиотики иллюзий и галлюцинаций мы не уклоняемся от учета личностных особенностей больного и не избегаем выражений — иллюзорные, галлюцинаторные или бредовые переживания.

Достижению единства в понимании и использовании психиатрических терминов и определений, включая термины «переживание» и «психологизация», в известной степени препятствует то, что они стали привычными, оказались элементами клинического стереотипа, нередко передаются из поколения в поколение психиатров и потому представляются незыблемыми. Отойти от таких общепринятых определений или принять иное понимание некоторых терминов, заменить их новыми, кардинально отличающимися, многим психиатрам кажется необоснованным и ненужным.

Мы встречаемся здесь с известной торпидностью формального мышления и с соответствующей ему механистической зависимостью от привычного. Преодолеть стереотипное отношение к давно установленным методологическим исходным позициям можно, если попытаться представить себе, что эти позиции нам

неизвестны, или найти в себе силы признать их лишь предположением, а не подтвержденной истиной. Тогда ошибочно принятая посылка неизбежно будет заменена другой, более полной и объективной. Следовательно, при разрешении споров о словах, терминах, определениях, понятиях необходимо попытаться исключить подход к ним с позиций формального мышления. Вместе с тем при выборе терминов, наиболее адекватных понятиям, которые они обозначают, по-видимому, недопустима императивность и желательно, если это возможно, сохранение преемственности.

* * *

Возвращаясь к приведенным в начале словам В. Х. Кандинского и учитывая все сказанное об отсутствии единой принципиальной методологической позиции по ряду проблем учения о галлюцинациях, мы полагаем, что в наши дни так же, как сто лет назад, вполне оправдана работа по дальнейшему накоплению клинических фактов, точному, скрупулезному наблюдению над галлюцинаторными явлениями, изучению условий, в которых возникают эти явления, и исследованию их взаимосвязи с другими симптомами психического недуга.

Руководствуясь приведенным положением, мы попытались подвести итог собственных многолетних клинических наблюдений над больными, испытывающими иллюзии и галлюцинации. При подготовке материалов, подборе, анализе и обобщении наблюдений нами преследовалась двоякая цель:

во-первых, провести клиническую систематику иллюзий и галлюцинаций, иллюстрируя ее конкретными наблюдениями;

во-вторых, подвергнуть критическому анализу имеющиеся в нашем распоряжении литературные сведения по затрагиваемым проблемам.

Систематизация феноменов, невозможная без психопатологического их описания, в свою очередь, потребовала разработки четких критериев клинической оценки и формулировки определений каждого вида иллюзий или галлюцинаций.

В наши задачи не входило изучение механизма возникновения иллюзорных и галлюцинаторных явлений, а также описание и оценка многочисленных теорий, пытающихся определить этиологию, патогенез, физиологическую сущность иллюзий и галлюцинаций.

Принимая во внимание, что работа предназначается для врачей-психиатров, мы не стремились обходить спорные и нерешенные вопросы учения о галлюцинациях, а наоборот, старались фиксировать внимание на противоречивости некоторых представлений об иллюзиях и галлюцинациях, бытующих среди советских и зарубежных психиатров.

Такой подход к изложению фактического материала, по нашему мнению, приведет к творческому его осмысливанию, лучшему пониманию проблемы и вызовет желание углубить свои знания, приобрести собственный опыт по освещаемым вопросам.

Приводя описание собственных наблюдений, мы отдаем себе отчет в том, что наиболее ценными для объективного анализа, соответствующими «чистому эксперименту», могут быть иллюзорные и галлюцинаторные переживания, выявленные при первом приступе (дебюте) психического заболевания. Связано это с тем, что психотическая симптоматика у давно болеющих больных подвержена процессуальному и лекарственному патоморфозу. Вместе с тем эта симптоматика на любом этапе заболевания, при любом патоморфозе представляет собой проявление болезни и поэтому должна квалифицироваться, оцениваться, систематизироваться.

Глава первая

Пути и принципы систематики иллюзий и галлюцинаций, методика и критерии их психопатологического анализа

Иллюзии и галлюцинации относятся к числу наиболее часто встречающихся симптомов психических заболеваний.

Еще Ж. Эскироль (1838) полагал, что галлюцинации встречаются у 24% психически больных. Д. Мюссон (1887) установил, что этот показатель равен 28%. В наши дни частота иллюзий и галлюцинаций при психозах, по-видимому, остается значительной. Например, по неопубликованным материалам В. Н. Новикова (1975), при сплошном обследовании психически больных, состоящих на диспансерном учете, оказалось, что 24,2% из них когда-либо испытывали галлюцинации. Кроме того, иллюзии и галлюцинации встречаются у лиц, не состоящих на психиатрическом учете, в виде единичных кратковременных эпизодов при легких изменениях сознания, соматических страданиях, в дремотных состояниях, при аффектах страха, гнева и т. п. Так, по свидетельству В. А. Гиляровского (1949), английские психологи выявили, что примерно 10% населения отмечало галлюцинации хотя бы один раз в жизни.

Поэтому тщательная психопатологическая оценка иллюзорных и галлюцинаторных феноменов, определение места каждого из них в классификационной таблице приобретают важное значение для своевременного распознавания наличия и этапа болезни.

Пути и принципы систематики галлюцинаций

Систематика, группировка близких по структуре психопатологических симптомов и синдромов, их межгрупповая и внутригрупповая сравнительная оценка рассматриваются нами в качестве одного из направлений всестороннего клинического и экспериментального изучения психических заболеваний. Недостатком любой клинической систематики, помимо неизбежной схематичности, можно признать более или менее односторонний, условный подход к ее построению. Обычно этот недостаток нивелируется правильностью выбора цели и задач построе-

ния каждой конкретной схемы, ее значением для теории и практики.

Задача систематики иллюзий и галлюцинаций состоит в определении принципов патогенетической, патокинетической, феноменологической дифференциации этих феноменов. Последняя имеет очень большое не только теоретическое, но, главным образом, практическое диагностическое значение.

Вполне понятно, чтот тот или иной подход к построению классификации зависит от теоретических взглядов автора, его отношения к вопросам общей психопатологии, в частности, от понимания сущности иллюзий и галлюцинаций, квалификации тех или иных галлюцинаторных и иллюзорных феноменов.

Попытки систематики иллюзий и галлюцинаций, поиски принципов ее проведения у нас и за рубежом предпринимались неоднократно. Чаще они касались отдельных типов галлюцинаций, реже — всех иллюзорных и галлюцинаторных феноменов. Все исследования в этом направлении можно условно разделить на пять категорий. Каждая из них преимущественно связана с одним из следующих принципов подхода к оценке изучаемых психопатологических симптомов: этиологически-нозологическим, рецепторно-локализационным, или топическим, формально-феноменологическим, переходным — смешанным и динамическим.

При этиологическом, топическом и феноменологическом принципах систематики иллюзий и галлюцинаций соответствующие феномены рассматриваются главным образом в их статике, без учета закономерностей развития, присущих каждому из них. В этом случае совершенно игнорируются основные оценки состояния больного: его сознание в момент галлюцинирования, наличие и характер патологии мыслительного процесса (до, во время и после галлюцинирования).

Переходный и динамический принципы подхода к систематике иллюзий и галлюцинаций, рассматривающие (в большей или меньшей степени) галлюцинаторные феномены в их статике и динамике, зачастую также уделяют недостаточно внимания оценке состояния сознания и мышления больного.

Этиологически-нозологический принцип систематики выражается в том, что иллюзии и галлюцинации разделяются по группам (классам) в зависимости от природы психоза, в структуре которого они встречаются.

Е. Блейлер (1920), например, галлюцинациям «эндогенного характера, связанным с патологическим раздражением коры», противопоставляет «психогенные», в частности, истерические галлюцинации.

Другие авторы говорят об «аффективных», «алкогольных», «акрихиномалярийных», «пресенильных», «шизофренических» галлюцинациях.

При этом не учитывается, что однотипные иллюзии и галлюцинации могут встречаться в клинической картине разных психозов, а различные иллюзорные и галлюцинаторные фено-

мены — в клинике одного и того же психоза. Иначе говоря, различные симптомы и синдромы оцениваются без учета их типичности или специфичности, а лишь в зависимости от этиологических факторов и патогенеза.

Принцип систематики *рецепторно-локализационный,* или *топический,* заключается в распределении иллюзий и галлюцинаций по принадлежности к какому-либо анализатору, комбинации анализаторов или в зависимости от заинтересованности различных структурных образований мозга.

Примером топического (локализационного) подхода к классификации может служить традиционное разделение иллюзий и галлюцинаций по органам чувств: на зрительные, слуховые, обонятельные и т. д. Сюда же относится предложенное В. В. Шостаковичем (1964) разделение галлюцинаторных феноменов на проявляющиеся в течение всей болезни только в сфере одного анализатора и проявляющиеся сначала в сфере одного, а потом другого анализатора.

Разделение иллюзий и галлюцинаций по виду анализатора, безусловно, ограничивает их диагностическое значение, поскольку зрительные, слуховые и другие галлюцинации могут встречаться, например, при помраченном и непомраченном сознании, нарушенном и сохранном (вне галлюцинирования) мышлении и т. д.

К упрощению диагностического значения и понимания сущности ряда галлюцинаций ведет также попытка связать их генез только с раздражением (патологическим очагом) в каком-либо определенном пункте коры больших полушарий или подкорки.

При *формально-феноменологическом* подходе к систематике иллюзий и галлюцинаций расстановка изучаемых симптомов проводится в зависимости от их отношения к некоторым частным критериям клинической оценки, таким, например, как вера в реальность мнимовосприятия, степень сенсорности и др. Этот подход соответствует господствовавшим в прошлом столетии правилам феноменологического анализа галлюцинаций.

Согласно указанным правилам, Г. Байарже (1842), например, разделил все галлюцинации на психосенсориальные и психические. Много позднее А. Клод (1932) в зависимости от комбинаций элементов анализа, который он назвал «структурным», предложил классифицировать галлюцинации по трем группам:

а) настоящие истинные галлюцинации, при которых имеется сенсорность, экстрапроекция, чувство реальности галлюцинаторного образа;

б) вербомоторные голоса с переживанием влияния («псевдогаллюцинации») при интрапроекции и отсутствии чувства реальности галлюцинации;

в) галлюцинозы органического локального генеза — при сенсориальности и экстрапроекции, но без «убеждения в реальности».

Те же принципы классификации с очень незначительными вариациями в последние годы предлагают некоторые психиатры.

Так, Т. А. Климушева и М. И. Ружанский (1975) относят к истинным галлюцинации, которые отличаются ярким чувственным характером и перцептивной завершенностью, «проецируются обычно в объективное кон-

кретное пространство» (ассимилируясь им) и обладают «чувством реальности для больного». При этом ими не учитывается, что перечисленным критериям в равной степени могут соответствовать галлюцинации помраченного и непомраченного сознания. Т. А. Климушева (1976) использует критерии «структурного анализа» для разграничения истинных и псевдогаллюцинаций. К псевдогаллюцинациям, например, ею отнесен галлюцинаторный образ жар-птицы, сидящей на объективно существующем, воспринимаемом больным подоконнике, только на том основании, что этот образ не обладает чувством реальности для больного. М. И. Фотьянов (1973, 1977), анализируя иллюзии по критериям «структурного анализа», классифицирует их на такие, при которых имеются «искажения отдельных признаков образа...», и такие, при которых «образ дополняется новыми структурными элементами». Игнорирование при этом основного критерия (состояния сознания) приводит к смешению понятий «иллюзия» и «галлюцинация», причислению к иллюзиям аутосуггестивных и функциональных зрительных галлюцинаций, а также к формальному подчинению всей классификации только одному принципу: степени соответствия иллюзорного образа реальному объекту.

Наряду с указанной выше попыткой разграничения галлюцинаторных феноменов по характеру чувства реальности галлюцинаторного образа, к формально-феноменологическому подходу может быть отнесен также принцип разделения истинных и псевдогаллюцинаций только в зависимости от отсутствия или наличия у больного чувства сделанности галлюцинаторного образа. Этот принцип в последние годы традиционно считается общепризнанным. Его клиническая несостоятельность в качестве основания для классификации, на наш взгляд, заключается в том, что чувство сделанности, психопатологически неправильно отождествляемое с чувством нереальности, характеризует не перцептивные свойства галлюцинаций, а оценку, даваемую больным собственным галлюцинациям, то есть его критику. В свою очередь, критическая оценка собственных переживаний находится в прямой зависимости от состояния интеллекта, мышления, сознания. Это означает, что чувство сделанности может, например, появляться и исчезать у одного и того же больного при помрачении и прояснении сознания. Следовательно, наличие или отсутствие указанного чувства не является обязательным для какого-либо определенного типа галлюцинаций и потому не всегда свидетельствует о псевдогаллюцинаторной или галлюцинаторной сущности феномена. Однако необходимо подчеркнуть, что чувство сделанности наиболее типично (но не всегда специфично) для псевдогаллюцинаций.

Упрочение принципа разделения истинных и псевдогаллюцинаций в зависимости только от наличия чувства сделанности нередко приводит к тому, что к псевдогаллюцинациям относят галлюцинаторные феномены, возникающие при помрачении сознания и патогенетически зависимые от него.

Смешанный, комбинированный подход к систематике иллюзий и галлюцинаций занимает промежуточное положение между феноменологическим и динамическим, включая элементы того и другого. При смешанном подходе иллюзорные и галлю-

цинаторные симптомы систематизируются с учетом их «феноменологических» качеств и одновременно — характера динамической взаимосвязи.

К числу примеров такого подхода следует отнести принцип построения классической семиологии галлюцинаторных расстройств, разработанный французскими психиатрами, и систематику, предложенную М. О. Гуревичем и М. Я. Серейским (1937).

На высказываниях по этому поводу французских психиатров остановимся подробнее, поскольку они отражают не только клинические (психопатологические), но и философские представления о семиотической группировке галлюцинаций.

Классическая французская семиология иллюзий и галлюцинаций включает:

а) иллюзии оптические;

б) иллюзии искажения опыта;

в) парейдолии;

г) иллюзии интерпретативные;

д) психосенсорные иллюзии, определяемые сенсорными атрибутами восприятия, чувственными качествами (зрительными, слуховыми, обонятельными, вкусовыми, тактильными), расстройством схемы тела и локализации в пространстве и др.;

е) моторные и кинестетические галлюцинации;

ж) психические галлюцинации, определяемые отсутствием пространственной объективности, псевдогаллюцинации, непроизвольные зрительные представления, сценические умственные представления и др.;

з) галлюцинаторные зрительные представления;

и) «внутренние голоса», «передача мыслей» (мысленные апперцептивные представления и ксенопатии);

к) переживания внутренней речи, разговора, слышимого вне собственной активности субъекта;

л) феномены механического раздвоения мыслей («тройное эхо» мыслей, чтения и действия), феномены симультанные, предшествующие психическим процессам или следующие за ними;

м) феномены малого психического автоматизма, или субтильные феномены (эмансипация — «освобождение абстрактного», «тени неразличимой мысли», «молчаливое разматывание воспоминаний», «абстрактные поползновения»).

А. Эй, П. Бернар, Ч. Бриссе (1967) считают перечисленные выше симптомы вариантами синдрома Клерамбо, выражающего «единую общую концепцию механического паразитизма представлений, образов, ощущений, восприятий, впечатлений (автоматизмы мыслительные, вербальные, моторные)». Сам А. Эй в прежних своих работах (1932, 1934), в соответствии с концепцией своего учителя А. Клода, разделял галлюцинации на три вида:

а) галлюцинозы — «изолированные симптомы, к которым больной относится критически и при которых не наблюдается других явлений психического расстройства». Они могут иметь пространственную локализацию, но «никогда не имеют знака реальности»;

б) аутопсихические галлюцинации — «представления, снабженные знаком объективной реальности». Они могут переживаться в объективном пространстве;

в) психические галлюцинации, которые для больных — «нечто ненастоящее».

Приведенное разделение совпадает с выдвинутой в 30-е годы А. Клодом и А. Эем теорией о «трех уровнях» различных психозов, соответствующих ассоциативной или случайной активности мышления, аффективному мышлению и волевой, рассудочной деятельности. Эти уровни, по А. Клоду и А. Эю (1932), выражаются в форме:

а) сновидений, состояний «ониризма»;

б) состояний «галлюцинаторного аффекта страха»;

в) деперсонализации, чувства влияния, диссоциации психических функций.

Значительно позднее А. Эй (1973) предлагает вместо объединения по сходству или отдельным различиям следующую семиологическую классификацию галлюцинаторных расстройств («семиологию психозов»), которая включает:

а) галлюцинаторно-бредовые явления (в отличие от «частичных психосенсорных феноменов, совместимых с разумом»);

б) галлюцинаторные формы хронических бредовых психозов (хронический галлюцинаторный бред);

в) галлюцинозы или частичные психосенсорные феномены (с сохраняющимся критическим отношением к ним субъекта), обладающие большой диагностической ценностью, так как они позволяют определить локализацию имеющихся неврологических нарушений.

Бредовые и галлюцинаторные явления, в свою очередь, разделяются автором на четыре уровня:

первый — явления аментивно-онирические (например, при подостром алкогольном делирии с переживаниями зоопсий, ониризмов, кошмаров);

второй — явления сумеречные, онейроидные (например, при эпилепсии в сумеречном состоянии с игрой воображения или при истерическом сомнамбулизме);

третий — явления раздвоения и деперсонализации (например, ксенопатические ощущения при шизофрении — чувство физического или психического воздействия, «голоса», «флюидация», передача мысли, эхо и воровство мысли, а также деперсонализация с чувствами странности, чуждости, деформации тела или мысли);

четвертый — явления тревоги, тоски, ужаса и экзальтации, восторга, возбуждения (при своеобразном галлюцинаторном бреде с акустико-вербальными или зрительными псевдогаллюцинациями, иллюзиями воздействия, влияния, вторжения или демонической одержимости).

В недавно опубликованном капитальном труде А. Эй (1973) возражает против классификации галлюцинаций по органам чувств, поскольку «галлюцинаторные образы часто бывают над чувствами». Он группирует галлюцинации, разделяя их на эйдолические и бредовые, понимая под последними онирические, онейроидные и другие галлюцинации («галлюцинозы»).

Сложность осмысления принципа систематики иллюзий и галлюцинаций, предлагаемой французскими психиатрами, связана с тем, что для ее построения вместо сколько-нибудь четких критериев используются феноменологическая оценка и лишь частичная характеристика динамических взаимоотношений феноменов.

Несколько иначе смешанный подход к систематике галлюцинаций отражен в классификации М. О. Гуревича, М. Я. Серейского (1937), разделяющих все нарушения восприятия на три группы:

а) агнозии — нарушения узнавания;

б) психосенсорные расстройства — нарушения сенсорного синтеза (сложных восприятий — субъективных и окружающего мира);

в) иллюзии и галлюцинации — обманы чувств в собственном смысле, связанные с патологической проекцией представления.

Здесь же мы рассматриваем предложенную Куртом Шнайдером (1959) систематику встречающихся при шизофрении феноменов (в том числе галлюцинаторных). Все эти феномены он разделяет на «патологическое поведение», «патологическое выражение» (реакцию) и симптомы I, II рангов.

В число типичных для шизофрении симптомов I ранга входят: «звучание мыслей»; мысленные диалоги («слышание голосов в форме речи и ответов на речь»); комментирующие голоса (сопровождающие «замечаниями собственные действия»); «соматические влияющие переживания»; «отнятие мыслей»; «распространение мыслей»; «сделанные мысли»; «чужие влияния в области побуждения, чувствования и воли» и другие феномены, названные Г. Байарже (1844) психическими галлюцинациями.

К симптомам II ранга отнесены: «растерянность»; «депрессивные и радостные отклонения»; «переживания отупения чувства»; «все остальные виды помрачения сознания» и др. Под видами помрачения сознания К. Шнайдер понимает симптомы, «при которых нечто воспринимаемое сознанием, чувствами или усваиваемое памятью, объективно не существует» (т. е. симптомы, включающие иллюзии и галлюцинации).

Динамический принцип систематики иллюзий и галлюцинаций включает неоднородные по характеру варианты классификации, основывающиеся, однако, во всех случаях на оценке психопатологических феноменов в их развитии. Одни из этих вариантов принимают во внимание только динамический анализ галлюцинаторных феноменов, а другие, наряду с таким анализом или, вернее, в единстве с ним, рассматривают взаимоотношения галлюцинаций с состоянием сознания и степенью нарушения мышления.

К первому варианту мы относим классификации иллюзий и галлюцинаций, предлагаемые Н. Н. Коргановым, В. П. Осиповым, И. А. Сикорским, Г. К. Ушаковым, В. И. Финкельштейном, ко второму — принципы дифференциации галлюцинаций, принятые В. Х. Кандинским, С. П. Рончевским и другими.

И. А. Сикорский (1910) различает живые образы — воспоминания и фантазии, псевдогаллюцинации, галлюцинации и иллюзии. В. П. Осипов (1923) выделяет полные истинные галлюцинации и неполные — галлюциноиды. Н. Н. Корганов (1949) разделяет галлюцинаторные феномены на три категории:

а) прегаллюциноиды, при которых представления характеризуются новыми качествами: чувственной живостью («звучание мысли»), нарушением произвольности представлений («мимовольные мысли») или «выпадением» признака принадлежности субъекту («чужие мысли»);

б) галлюциноиды и неполные галлюцинации, характеризующиеся отчуждением от психического «я», отсутствием экстрапроекции и предметности;

в) истинные галлюцинации, отличающиеся полным отчуждением образа, представления от психического «я» с сознанием реального, предметного, вещественного, чувственного бытия.

Г. К. Ушаков (1969) объединяет зрительные (и, по-видимому, все другие) галлюцинаторные феномены в три группы:

а) галлюциноиды — рудиментарные истинные галлюцинации, переживаемые обычно при закрытых глазах или на темном фоне, повторяющиеся в течение всего периода болезни и отличающиеся образностью, телесностью, чувственной живостью, тенденцией к экстрапроекции, но без переживания реальности образа представляемого объекта;

б) истинные — полные, развернутые, подлинные галлюцинации, для которых всегда типичны яркость, образность, телесность, чувственность, экстрапроекция образа, полная убежденность больных в его реальности, недостаточность критики;

в) псевдогаллюцинации, при которых отсутствуют чувственная живость, характер объективной реальности и имеется неопределенная проекция или интрапроекция образов, отличающихся невыраженной сенсорностью и малой очерченностью.

В. И. Финкельштейн (1934) достаточно тщательно систематизирует обманы восприятия, разделяя их на одиннадцать групп: элементарные галлюцинации, оклики (нечеткие, глухие); психические иллюзии и интоксикационные галлюцинации; токсические галлюцинации, возникающие на фоне суженного измененного сознания (делирий, принципиально ничем не отличающийся от сновидений); онирический бред (Ласега, Режи) и онейроидный бред с эндогенными наслоениями (Майер-Гросса); особые элементарные

слуховые галлюцинации, возникающие на фоне деперсонализации и бреда интерпретации; галлюцинации, возникающие на фоне психического автоматизма с ощущением насильственности; истинные обманы восприятий (частично связанные с патологической переработкой сенсорных раздражений); галлюцинаторные образы, по возникновению и содержанию «психологически» связанные с аспектом бытия, в котором пребывает личность; псевдогаллюцинации (возникающиее в «аффективном мире аутистических сверхценных переживаний») и, наконец, галлюцинации, которые «невозможно отделить от бредовых или сверхценных идей...» (являющиеся, наряду с этими идеями, «отдельными сторонами всего целостного мироощущения личности, особыми путями мышления, иными видами его»).

Лишь некоторые авторы более определенно рассматривают характер связи различных галлюцинаций с патологией сознания и мышления в качестве основного, разделяющего эти феномены критерия.

В. Х. Кандинский (1952) четко разделяет галлюцинации, возникающие в состоянии непомраченного и помраченного сознания. Он указывает следующие три варианта субъективных зрительных восприятий:

а) «зрительные образы, воспоминания и фантазии...», видимые в субъективном пространстве (отличающиеся произвольностью, бледностью, схематичностью от спонтанных, живых, чувственных, зрительных псевдогаллюцинаций);

б) «галлюцинаторные зрительные образы непомраченного сознания» субъективно видимые в объективном пространстве (одновременно с объективными восприятиями);

в) «кортикальные галлюцинации» (включающие сновидения), «невозможные при нормальном, относительно восприятия внешних впечатлений, не расстроенном сознании...»

С. П. Ронченский (1941) оттеняет значение оценки состояния сознания и мышления для классификации галлюцинаций. По его мнению, галлюцинаторные синдромы составляют длинный ряд, на одном конце которого можно поставить галлюцинации явно сенсорного характера, протекающие на мало измененном психическом фоне или явно связанные с поражением определенных сенсорных систем, а на другом — такие, сенсорность которых отступает на задний план и которые кажутся только функцией общих изменений сознания или бредовых переживаний.

В этом высказывании важна не отмечаемая автором роль сенсорного фактора, а значение сознания, степень изменения которого признается (хотя и частичным) критерием разделения галлюцинаций.

Критический анализ приведенных и ряда других вариантов систематики иллюзий и галлюцинаций, а также оценка накопившегося к настоящему времени большого клинического материала, позволяют прийти к следующему выводу: для построения систематики необходимо избрание таких кардинальных критериев, которые могут принципиально разделять одни классы (группы) галлюцинаций от других. Каковы бы ни были эти кардинальные критерии, использование их возможно лишь при диалектически обоснованном динамическом подходе к пониманию психопатологической симптоматики.

Таким образом, динамический принцип основывается на подчеркиваемом А. В. Снежневским (1970) положении о непрерывной взаимосвязи, взаимозависимости и закономерности развития всех симптомов и синдромов, отмечаемых при психических заболеваниях. Все симптомы этих заболеваний — суть следствия не одних внутримозговых взаимодействий (т. е. только внутримозговой патологии), а результат нарушения всей слож-

ной, включая рефлекторную, обычно опосредованной реакции человека, его мозга на внешние раздражители. Без такого понимания сущности и генеза всех психопатологических симптомов любой критерий, принятый для их разделения на классы, оказывается, по нашему мнению, несостоятельным.

Поэтому при систематике всех психопатологических симптомов, особенно таких сложных, как иллюзии и галлюцинации, необходимо учитывать не только характеристику внешнего проявления того или иного феномена в статике и динамике, но, по возможности, и его физиологическую, психологическую, психопатологическую сущность.

Принципы методологического подхода к изучению иллюзий и галлюцинаций

Определение сущности и закономерностей развития любого, в том числе психического, заболевания включает изучение в статике и динамике патологических нарушений, проявляющихся в виде симптомов и симптомокомплексов (синдромов). Содержание и оформление симптомов и синдромов на разных этапах патологического процесса (в условно-изолированном виде и в непрерывной динамической взаимосвязи, взаимозависимости) представляют собой один из основных источников информации о характере болезненного процесса. Поэтому клиническое изучение отдельных симптомов и синдромов, их по возможности четкая квалификация имеют весьма большое значение для своевременной и правильной постановки диагноза того или иного заболевания.

На протяжении всего развития клинической психиатрии изучаются расстройства сознания, интеллектуальной и эмоциональной сфер, иллюзии, галлюцинации и бред при различных психозах. Вполне понятно, что для четкой клинической квалификации всех психопатологических феноменов, особенно иллюзий и галлюцинаций, необходимо наличие более или менее определенных критериев их оценки, то есть обозначение главных и вспомогательных признаков, характеризующих различные стороны указанных феноменов в статике и динамике. В качестве таких признаков многочисленные исследователи называют те или иные особенности изучаемых явлений.

В. В. Селецкий (1908) отличительными чертами галлюцинаций считает отсутствие ассоциаций, изменение содержания представлений и ощущений, односторонность и направленность суждений и выводов, отсутствие активности. В. В. Шостакович (1935) подчеркивает при оценке галлюцинаций их странность, чудовищность, окраску, подвижность, чуждость для больного, степень их связи с его личностью и др. П. Гиро (1937) полагает, что для галлюцинаций характерны изменение общего психического состояния больного и качество, которое он называет эстезией. Это качество состоит в сенсорности переживаний и ксенопатическом отчуждении (перенесении причины в чужие влияющие силы). Эстезия, по его мнению, обеспечивает

проекцию галлюцинаций в пространстве и чувство объективности их существования. Е. А. Попов (1936) анализирует при изучении галлюцинаций их чувственную живость, наличие экстрапроекции, чувство принадлежности внутреннему миру больного, возможность изменчивости, устойчивость, С. П. Ронченский (1941) говорит об анализе при галлюцинациях состояния сознания, критериев реальности, признака отчуждения, пространственной проекции, локализации и т. п. И. С. Сумбаев (1958) в качестве критериев оценки галлюцинаций называет: наличие и степень сенсорности; наличие или отсутствие ощущения у галлюцинанта чувства объективной реальности галлюцинаторного образа; состояние сознания больного в момент галлюцинирования; характер пространственной локализации галлюцинаций и их отношения к реальным предметам; характер объективности галлюцинаторного образа по отношению к «я» больного. Г. К. Лове (1973) предлагает при дифференциации шизофрении с маниакально-депрессивным психозом, органическим заболеванием мозга и паранойей учитывать следующие особенности галлюцинаций: количество галлюцинаций, их продолжительность, наличие и степень убежденности в том, что появление галлюцинаций связано с чьим-либо умыслом или действием, значение содержания галлюцинаций для больного, их влияние на его поведение. А. В. Снежневский (1968) различает среди зрительных галлюцинаций микропсические и макропсические, изменяющиеся и стабильные, окрашенные и обесцвеченные, стационарные и движущиеся, одиночные и множественные, целостные и расщепленные (один глаз, одна рука), а среди слуховых — голоса тихие и громкие, знакомые и незнакомые, модулированные и монотонные, комментирующие и императивные.

Нередко с целью психопатологического анализа иллюзий и галлюцинаций предлагается набор различных признаков вне их взаимосвязи и взаимозависимости. Большинство авторов, однако, перечисляя те или иные свойства иллюзий или галлюцинаций, придерживаются определенных принципов комплексного анализа. Указанные принципы, как правило, заключаются в сочетании, комбинации различных свойств, характеризующих те или иные проявления феномена и отношение к нему галлюцинанта (без оценки психического состояния больного в целом, его сознания, мышления, интеллекта и др.). Суждения по этому поводу весьма противоречивы. Такие противоречивые суждения возникают вследствие выбора ошибочной методики определения кардинальных критериев, необходимых для квалификации галлюцинаций. Вопрос о критериях клинической оценки галлюцинаторных феноменов весьма актуален, поскольку в наше время существует направление в изучении иллюзий и галлюцинаций, опирающееся на устаревший и, на наш взгляд, ошибочный принцип так называемого структурного, или перцептивного, анализа, именуемого также клинико-феноменологическим анализом структуры галлюцинаций.

Названный принцип вытекает из предложенных почти 150 лет назад определений галлюцинаторных феноменов, согласно которым под галлюцинациями понимается наличие сенсорного восприятия без объекта при вере в реальность галлюцинаторного образа (Ж. Эскироль, 1838), а под психическими галлюцинациями — феномены, не связанные с чувствованием и органами чувств и не проецируемые вовне (Г. Байарже, 1844).

Перечисленные критерии (сенсорность, пространственная проекция, вера в реальность существования галлюцинаторного образа) 50 лет назад А. Клод объединил понятием «триада структурного анализа», не включающим характеристику общего психического состояния больного, его сознания и мышления.

Содержание, вкладываемое в это понятие, перекликается с высказываниями О. Бумке (1924) о перцептивном, апперцептивном и смешанном анализе галлюцинаций. Перцептивный анализ, как известно, подразумевает оценку «внешних» свойств галлюцинаторного образа, его формы, цвета, яркости, локализации в пространстве и т. п. воспринимаемых центростремительно, центропетально, то есть от образа к анализатору, а апперцептивный — интеллектуальную оценку галлюцинации (степени ее естественности, реальности и др.), имеющую центробежный, от анализатора к образу, центрофугальный механизм.

Многие советские и зарубежные психиатры еще в 30-е годы обращали внимание на внутренние противоречия элементов «структурного анализа», если их рассматривать в качестве основных, ведущих критериев клинической квалификации галлюцинаций.

Указанные противоречия подытожил А. С. Кронфельд, отметивший в 1936 г. следующие несоответствия:

а) галлюцинации рассматриваются в качестве нарушения сенсорных функций, но при галлюцинациях чаще всего имеется вера в реальное существование кажущегося образа, что свидетельствует о расстройстве интеллектуальных, а не сенсорных функций;

б) нарушение сенсорных функций, якобы лежащее в основе галлюцинаций, должно указывать на церебральные расстройства; в действительности при галлюцинировании речь идет о расстройстве психическом;

в) предположение о локальном мозговом расстройстве при появлении галлюцинаций противоречит диалектическому выводу о том, что для возникновения галлюцинаций необходимо общее расстройство психики.

Понятие «перцептивный структурный анализ» не выдерживает критики также в связи с недопустимостью разделения анализа галлюцинаций на перцептивный и апперцептивный, поскольку перцепция и апперцепция, если применять эти анахроничные термины, составляют стороны единого процесса познания, условно соответствующего схеме «апперцепция — перцепция — апперцепция», и поэтому не могут рассматриваться изолированно друг от друга. Причем в приведенной схеме ведущим оказывается апперцептивный компонент, целиком зависимый от состояния сознания больного, его мышления, интеллекта и др. Апперцептивный компонент, как было сказано, наряду с другими элементами включает оценку чувства реальности или нереальности для больного галлюцинаторного образа. Учитывая частое сопровождение чувства нереальности галлюцинации чувством сделанности, некоторые психиатры склонны ставить знак равенства между этими двумя критериями. Вместе с тем

тот и другой критерии не тождественны, поскольку больной может при наличии критики оценивать галлюцинаторный образ как реально несуществующий, но не испытывать при этом чувства сделанности и, наоборот, при наличии чувства сделанности галлюцинаторный образ может восприниматься больным в качестве реально существующего, хотя умышленно кем-то созданного. Кроме того, чувство реальности галлюцинаторного образа и чувство сделанности находятся в прямой зависимости от состояния сознания больного в момент галлюцинирования.

Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что безоговорочное соблюдение принципа структурного анализа, предусматривающего оценку иллюзий и галлюцинаций без учета состояния сознания и мышления галлюцинанта, адекватно формально-феноменологической, а не динамической характеристике этих явлений. Подобная характеристика может привести к диагностическим ошибкам, связанным с тем, что примерно одинаковые по характеру локализации, чувству реальности и степени сенсорности иллюзии и галлюцинации могут возникать при непомраченном и помраченном сознании больного, при расстроенном и сохранном мышлении. Поэтому для квалификации иллюзий и галлюцинаций первостепенное значение имеет оценка состояния сознания и мышления в момент галлюцинирования, до и после него, а элементы структурного анализа играют лишь подчиненную роль.

Значение расстройства общего психического состояния больного для возникновения и генеза галлюцинаций, их психопатологического анализа хорошо понимали психиатры еще 150—160 лет назад. Так, Ф. Пинель и А. Маттей, Г. Байарже, не знавшие четкого разграничения между понятиями «сознание», «мышление», «интеллект», указывали на прямую связь галлюцинаций с «рассудком», «умом».

Ф. Пинель (1829) указывал на то, что «видения неразрывно связаны с заблуждениями и причудливостями рассудка»*. То, что мы называем галлюцинациями, он приписывает «развитию плодовитости воображения до высочайшей степени, острию мысли и умным сравнениям, при которых все, что забылось в хорошие часы, живописуется в уме при его повреждении самыми яркими красками»**.

А. Маттей (1829) отмечал, что при повреждении орудия ума — мозга— ложных понятий о видимом и слышимом не бывает. Он пишет: «Чувствования слуха иногда бывают обманчивы — часто звук и шум зависят от орудия слуха. Иногда и обоняние изменяется так, что больной непрестанно чувствует особенный запах. Сии ложные понятия обыкновенно бывают сочувственные, если не замечается какое-либо явственное повреждение самого орудия ума, но от сего не изменяются идеи, по крайней мере, пока рассудок не очень слаб...»***.

---

* Ф. Пинель. «Врачебно-философическое начертание душевных болезней». Пер. с. франц. изд. 1809 г., М., 1829, с. 76.

** Там же, с. 77.

*** А. Маттей. Дополнительные исследования душевных болезней. — В кн. Ф. Пинель. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. М., 1829, с. 403.

Г. Байарже (1844) отметил, что при галлюцинировании чувственная сторона играет второстепенную, подчиненную роль, а основное значение заключается в нарушениях общепсихических.

Более определенно по тому же поводу высказывались психиатры конца XIX—начала XX столетия.

В. Х. Кандинский (1885) неоднократно подчеркивал значение оценки сознания при квалификации галлюцинаций.

П. И. Ковалевский (1886) замечает, что количество галлюцинаций и легкость их возникновения находятся в прямом соотношении с подавленностью корковой деятельности. И. А. Сикорский (1910) напоминает, что больной обычно признает псевдогаллюцинацию за свою собственную мысль, а галлюцинацию — за мысль, вызванную внешними впечатлениями, возникшую по внешним причинам, поэтому псевдогаллюцинация — продукт ума.

Еще более определенно мнение С. С. Корсакова (1913), по которому галлюцинация есть продукт мысли, одевшейся в яркую, чувственную оболочку или, как выразился французский психиатр Ф. Лелут (1846), галлюцинация есть идея, проецированная наружу.

Начиная с 30-х годов, интерес к определению характера патогенетической связи сознания, мышления, интеллекта и галлюцинаций возрос. Приведем высказывания по этому вопросу некоторых психиатров.

Анализируя состояние сознания при различного рода галлюцинациях, С. П. Ронченский (1941) вводит понятие «структурное изменение сознания», то есть не изменение степени ясности, а изменение в соотношении с «психизмом», нарушение слитности потока психических переживаний.

С. М. Корсунский (1936) подчеркивает, что слуховые галлюцинации больше зрительных связаны с миром суждений и абстракций, что сознание дано в них не предметно, как в зрительном образе, а через посредство особых психических операций. Далее он указывает на глубокую интимность связи словесных галлюцинаций и мышления. Он пишет, что для звучания мысли имеет значение деавтоматизация, то есть задержка на каждом слове внутренней речи вместо автоматического проскальзывания по образу слова. В связи с этим, по его мнению, в беззвучном мышлении значение слова имеет тенденцию превалировать над его звуком, а в патологических случаях положение меняется — звучание перевешивает значение.

А. В. Снежневский (1970) подтверждает, что зрительные галлюцинации сопровождаются изменением самосознания и отношения субъекта к окружающей среде, поэтому критика при зрительных галлюцинациях ослабляется, а при четких слуховых галлюцинациях нередко сохраняется. Слуховые галлюцинации, а также зрительные и вербальные псевдогаллюцинации, по его мнению, возникают чаще всего при ясном сознании. Далее он, касаясь вопроса возникновения галлюцинаций, подчеркивает, что сфера чувственного, образного мышления постоянно тормозится интеллектуальными процессами с задерживающим действием высших кортикальных центров и, напротив, при болезненно повышенной возбудимости кортикальной области чувств всякое представление, всякая мысль, возникая в мозге больного, принимает образную, резко чувственную форму.

Карл Шнейдер (1930) рассматривает шизофренические галлюцинации в качестве расстройства мышления и указывает на связь грамматической правильности слуховых галлюцинаторных восприятий со степенью ассоциативных нарушений.

О зависимости галлюцинаций от состояния интеллекта говорят В. А. Гиляровский (1949), утверждающий, что галлюцинации не возникают при

глубоком слабоумии, и З. В. Косенко (1937), которая отмечает «оскудение» зрительных галлюцинаций у детей по мере нарастания степени интеллектуального дефекта.

Следовательно, первостепенное значение оценки общего психического состояния больного для квалификации галлюцинаторных феноменов бесспорно и давно не вызывает сомнений. Указанная оценка, как отмечалось в предыдущем разделе, определяет принципы систематики всех иллюзий и галлюцинаций. Вместе с тем она должна быть положена в основу сводных дефиниций различных понятий, объединяющих те или иные виды интересующих нас явлений, а также каждого отдельного явления. Этого вопроса мы будем неоднократно касаться в дальнейшем.

Критерии клинической оценки иллюзий и галлюцинаций

Клиническая квалификация и отнесение иллюзий и галлюцинаций к тому или иному типу психопатологических расстройств возможны только при предварительной разработке строгих условий их четкой дифференциации. К числу таких условий относится, прежде всего, выделение критериев психопатологического анализа изучаемых феноменов, а также установление единой системы терминологических обозначений и определение соответствующих им понятий.

Анализ результатов многочисленных исследований, наши собственные наблюдения и экспериментальные данные позволили составить характеристику критериев клинической оценки иллюзий и галлюцинаций и провести их систематику.

В соответствии с предлагаемой нами систематикой, мы различаем основные критерии клинической оценки иллюзий и галлюцинаций, определяющие их клиническую квалификацию, и вспомогательные признаки, лишь оттеняющие их особенности. Основные критерии, в свою очередь, разделяются на общие, характеризующие психическое состояние больного, его личность (применимые для оценки различных психопатологических симптомов, синдромов), и частные, характеризующие собственно иллюзорный и галлюцинаторный феномены (применимые для оценки только этих феноменов).

Следует подчеркнуть, что основные общие критерии характеризуют не вообще личность и психическое состояние больного, а личность больного и его психическое состояние в связи с галлюцинациями (до, во время и после галлюцинирования).

Ориентировочную субординацию предложенных нами критериев клинической оценки иллюзий и галлюцинаций можно представить в виде приводимой ниже схемы. Как показано в этой схеме, главными критериями, позволяющими квалифицировать иллюзии и галлюцинации, мы считаем оценку состояния сознания (в момент галлюцинирования, до и после него) и характер, степень интимной связи всех феноменов с мыс-

Схема 1

Структура ориентировочной субординации критериев клинической оценки иллюзий и галлюцинаций

Основные общие критерии:

состояние сознания; степень условного соответствия клиники галлюцинаций тому или иному уровню единого процесса познания; состояние мышления, интеллекта, критики, эмоциональной сферы; «взаимоотношения» галлюцинаций с личностью больного

Основные частные критерии:

состояние внимания; степень навязчивости, насильственности, чуждости, сделанности, сенсорности; положение и локализация галлюцинаций во времени и пространстве; степень естественности (реалистичности) галлюцинаторного образа, его реальности для больного и взаимосвязи с объективным окружением; степень определенности и законченности галлюцинаторного образа; «взаимоотношения» галлюцинаций с однородными (галлюцинациями иного типа) и разнородными (сверхценными идеями, бредом и др.) феноменами; связь галлюцинирования с рецепторными функциями

Вспомогательные признаки:

статичность и динамичность; стабильность и лабильность; телесность и прозрачность; объективные признаки галлюцинирования; изменчивость галлюцинаций под влиянием различных воздействий (физических, фармакологических)

лительным процессом. При этом другие критерии психопатологического анализа иллюзорных и галлюцинаторных феноменов нами не отвергаются, им лишь отводится второстепенная роль.

Говоря о ведущем значении для квалификации иллюзий и галлюцинаций характера, особенностей расстройства мышления и сознания галлюцинанта, мы условно допускаем возможность раздельной оценки нарушения этих главных, определяющих психическую деятельность человека, функций мозга. Такая раздельная оценка сознания и мышления вполне правомерно принята в медицине (психиатрии) и не принята в философии, поскольку с философской точки зрения понятия «мышление» и «сознание» тождественны, являются сторонами одного и того же неразрывного динамического психического процесса, а потому всякое нарушение мышления является также нарушением сознания. В психиатрической клинике, анализируя состояние мышления больного, мы всегда должны учитывать состояние его сознания и, наоборот, оценивая сознание — учитывать состояние мышления.

В свою очередь, любое расстройство мышления нельзя правильно квалифицировать без одновременного анализа внимания, памяти, аналитико-синтетических функций, критики, эмоциональной сферы. Все эти неравнозначные элементы психики принято объединять общим понятием «интеллект». Руководствуясь тем, что указанные элементы всегда взаимосвязаны и неразрывны, мы, однако, по методологическим соображениям анализируем в качестве критериев клинической оценки галлюцинаций каждый из них.

Основные общие критерии клинической оценки иллюзий и галлюцинаций

Состояние сознания — иллюзии и галлюцинации. Квалификация состояния сознания, степени и особенностей его расстройства важна, во-первых, для определения достоверности информации больного о психопатологических переживаниях и, во-вторых, для правильности их клинической характеристики. Вместе с тем оценка состояния сознания нередко представляет большую сложность. Если указанная сложность преодолима в случаях измененного помраченного сознания, то квалификация ясного сознания очень часто весьма спорна. Вызывает, например, сомнение, можно ли говорить о ясном сознании в случаях, когда больной по существу отвечает на вопросы, проявляет сохранность всех видов ориентировки, формально правильно ведет себя, но испытывает галлюцинаторные переживания или высказывает бредовые идеи.

По нашему мнению, говорить о ясном сознании можно лишь тогда, когда 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 происходящие вокруг явления.

Не касаясь давно ведущейся и многократно возобновлявшейся дискуссии о философском и медицинском аспектах понятия «сознание», мы позволим себе условно и только применительно к нашим задачам рассматривать два варианта нарушения сознания: изменение (в смысле скорее философском, нежели в психиатрическом) и помрачение в клиническом понимании (К. Ясперс, 1923).

Наиболее значительное нарушение сознания, его помрачение, отмечается при иллюзиях и галлюцинациях онирического, делириозного, онейроидного, сумеречного, аментивного синдромов, а наименьшее изменение встречается при галлюцинациях, галлюцинозах, псевдогаллюцинациях, психических галлюцинациях. Клиника иллюзорных и галлюцинаторных переживаний, входящих в структуру того или иного синдрома помраченного сознания, почти полностью определяется характером этого синдрома. Помрачение же сознания, присоединяющееся к клинической картине психоза, протекающего с иллюзиями и галлюцинациями, существенно меняет их проявление. Не подлежит сомнению, что между галлюцинациями, феноменологически близкими, но возникающими при непомраченном и помраченном сознании, недопустимо ставить знак равенства. Это феноменологически сходные, но физиологически, патогенетически, патокинетически различные симптомы. Если такой вывод правилен, то нельзя, например, объединять в одну группу истинных галлюцинаций вербальные обманы больного шизофренией и «голоса», которые слышит больной в делириозном состоянии. При тех и других такие свойства галлюцинаций, как локализация в пространстве, сенсорная яркость, чувство реальности для больного могут быть почти идентичными; несмотря на это, упомянутые галлюцинации представляют собой различные феномены. Все сказанное в равной степени распространяется на иллюзии, наблюдаемые при непомраченном и помраченном сознании. Нельзя относить к одной группе псевдогаллюцинации Кандинского, возникающие при непомраченном сознании и галлюцинации также с интрапроекцией, но возникающие при помраченном сознании. При помрачении сознания прежде всего меняется характер нарушения критики к иллюзорным и галлюцинаторным переживаниям. Так, если, например, при шизофрении некритичность больных обусловлена расстройствами мышления, паралогичной оценкой собственных переживаний, бредом, то при психозах, протекающих с помрачением созна-

ния, некритичность полностью зависит от этого помрачения, развивается параллельно с ним, адекватна ему по степени и глубине. Достаточно характерно, что иллюзии и галлюцинации, наблюдаемые при помрачении сознания, феноменологически мало чем отличаются друг от друга, часто имеют неестественный, фантастический сюжет. Иллюзии при этом могут трансформироваться в галлюцинации. Иллюзии при непомраченном сознании более реалистичны, и так же, как галлюцинации, могут соответствовать бредовым убеждениям больного. Типичным в таких случаях можно считать то, что бред опережает по времени иллюзии и галлюцинации, предопределяя их сюжет. Аффективная реакция (негодование, возмущение, злость, страх) здесь вызывается в первую очередь бредовой убежденностью, а не галлюцинациями, лишь подтверждающими бред.

Многочисленными клиническими исследованиями и нашими наблюдениями установлено, что вне помрачения сознания чаще бывают слуховые обманы, реже зрительные иллюзии и галлюцинации, а при синдромах помраченного сознания зрительные обманы превалируют над слуховыми, причем для возникновения зрительных иллюзий и галлюцинаций требуется большая степень нарушения сознания, чем для слуховых. Указанные обстоятельства объясняются разной степенью интимной связи зрительных и слуховых феноменов с образным и абстрактным мышлением.

Процесс познания — иллюзии и галлюцинации. Механизм возникновения, характер клинического проявления, особенности динамики тех или иных иллюзий и галлюцинаций преимущественно связаны с различными уровнями чувственной и абстрактной сторон единого познавательного процесса. Этот вывод согласуется с мнением А. В. Снежневского, который напоминает, что познание едино и что в чувственном познании всегда есть абстрактная сторона, а в абстрактном — чувственная. Однако он указывает, что не всегда можно различить преимущественно чувственную или преимущественно абстрактную стороны познания. Отсюда следует, что критерий, определяющий степень преимущественной принадлежности различных иллюзий и галлюцинаций к разным уровням (ступеням) единого процесса познания, должен учитываться для правильной квалификации этих феноменов.

Степень преимущественной принадлежности различных иллюзий и галлюцинаций к разным уровням единого познавательного процесса изучается психиатрами не менее 100 лет. За эти годы неоднократно высказывалось предположение о том, что каждый из полиморфно проявляющихся феноменов — иллюзий, галлюцинозов, истинных и псевдогаллюцинаций (тактильных, зрительных, слуховых и других) в статике и динамике больше или меньше соответствует разным уровням познавательного процесса.

Разграничение «сенсопатий», объединяющих все элементы чувственного познания (ощущение, восприятие, представление) и абстрактного познания, т. е. мышления, суждения, критики, имеет не только теоретическое, но также практическое значение. В психиатрической клинике, например, встречаются феномены, при которых можно говорить о преимущественной заинтересованности того или иного элемента чувственного или абстрактного познания.

Практически существенно то, что симптомы, условно относимые к патологии ощущений, беспокоят больных своим конкретным воздействием (например, гиперестезии) и непривычностью появления (например, фотопсии). Феномены, более связанные с патологией восприятий и представлений, наоборот, вызывают эмоциональную реакцию, обусловленную их сюжетом (например, галлюцинации и иллюзии). Нередко у одних и тех же больных отмечаются феномены, связанные с патологией различных сторон процесса познания.

Таким образом, при психопатологическом анализе иллюзий, галлюцинозов, истинных и псевдогаллюцинаций, признавая преобладание патологии представлений и понятий, трудно исключить патологию восприятий и ощущений. Поэтому, быть может, более правильно при любых иллюзиях и галлюцинациях говорить о меньшей или большей вовлеченности мыслительного процесса, мышления в целом, вплоть до выраженной его патологии.

Расстройство мышления — иллюзии и галлюцинации. Психиатры разных стран и поколений очень давно связывают сущность иллюзий и особенно галлюцинаций, их природу с расстройством процессов мышления, поскольку эти феномены рассматриваются как «продукт мышления». Изучение иллюзий и галлюцинаций в качестве проявлений патологически измененной целостной психики, сложного процесса мышления отнюдь не ведет к отрицанию дифференциации единой психической деятельности и наличия условно-функциональных, относительно автономных уровней этой деятельности; наоборот, установление непосредственной, более или менее интимной взаимной зависимости иллюзий, галлюцинаций и патологии мышления предполагает разные степени такой зависимости на разных уровнях нарушения психики.

Прямая зависимость характера иллюзий и галлюцинаций от состояния мыслительного процесса, неразделимость их с этим процессом подтверждается, в частности, тем, что преобладающее развитие второй сигнальной системы, по сравнению с первой, ведет к относительному увеличению частоты слуховых галлюцинаций, которые более интимно связаны с понятийным мышлением и словесными ассоциациями, поскольку человек мыслит словесно. Следовательно, как отметил еще В. Х. Кандинский, слуховые галлюцинации относительно ближе к сфере

абстрактного, а зрительные — к сфере образного мышления. Такое принципиальное различие слуховых и зрительных галлюцинаций еще больше относится к слуховым и зрительным псевдогаллюцинациям.

Известное клиническое подтверждение сказанному можно найти, анализируя характер слуховых и зрительных галлюцинаций у психически больных детей и стариков. Так, при меньшей частоте галлюцинаторных переживаний у детей, слуховые обманы встречаются у них значительно реже, чем зрительные и, чем меньше возраст ребенка, тем менее вероятно возникновение у него слуховых галлюцинаций, а особенно псевдогаллюцинаций. Указанное обстоятельство связано, по-видимому, с преимущественно образным, а не словесным характером мышления у детей, т. е. с преобладанием у них первой сигнальной системы. В. А. Гиляровский (1938, 1949) объясняет это обстоятельство, с одной стороны, большей близостью зрительных галлюцинаций к эйдетизму, который у детей наблюдается чаще, а с другой — более легким возникновением зрительных, нежели слуховых, галлюцинаций на более низком уровне развития. При этом он отмечает, что у высших обезьян зрительные образы занимают большее место, чем слуховые раздражения, у собак же на первом плане обонятельные раздражения. Если можно предположить наличие галлюцинаций, в частности, сновидений, у высших животных, то эти видения, возникающие условно-рефлекторно во сне, скорее всего должны быть образными — зрительными; менее вероятно, что они звуковые.

У младенцев вообще невозможны галлюцинаторные переживания. М. О. Гуревич (1949) говорит, что младенцы смотрят петально, т. е. центростремительно, у них нет фугального элемента, центробежного, нет понимания объекта и отсюда — невозможность у младенцев возникновения галлюцинаторных переживаний. В позднем возрасте отмечается «стирание» вербальных галлюцинаций и особенно вербальных псевдогаллюцинаций, т. е. выявляется параллелизм между исчезновением псевдогаллюцинаций и оскудением мышления.

Косвенным подтверждением наличия связи характера галлюцинаций психически больных с состоянием их мышления могут служить немногочисленные и весьма разрозненные сведения о частоте всех галлюцинаторных феноменов и соотношении зрительных и слуховых галлюцинаций у психически больных в разные исторические периоды. Сопоставление наблюдений ряда психиатров позволяет утверждать, что частота различных иллюзий и галлюцинаций с годами уменьшается, несмотря на не уменьшающуюся распространенность психических заболеваний. Например, по мнению В. Ф. Чижа (1911), в средние века галлюцинантов было несравненно больше, чем в начале XX столетия. Мы полагаем, что уменьшение в историческом аспекте частоты проявления у психически больных галлюцинаторно-

го феномена (главным образом зрительных галлюцинаций) обусловлено ростом культуры населения и связанным с ним уменьшением числа истерических психозов, индуцированных и суггестивных галлюцинаторных переживаний, а также интоксикационных и инфекционных психозов, для которых более типичны зрительные обманы.

Клиническое различие степени вовлеченности образного и абстрактного мышления при зрительных образных и слуховых вербальных галлюцинациях, быть может, обусловливает то, что при вербальных галлюцинациях легче возникает сложная бредовая концепция, чем при зрительных, поскольку словесное мышление имеет больший диапазон творчества, чем образное. Трудность решения проблемы 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, можно утверждать, что оно тем более продуктивно, чем активнее и эффективнее понятийное словесное мышление. Активность и эффективность словесного мышления, в свою очередь, тем больше, чем больше его «легкость». «Легкость мышления», по мнению некоторых американских философов (Э. де Боно, 1972), возрастает при отсутствии сознательного управления мыслью. По-видимому, этим выводом 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. Сюда же можно отнести научные открытия или научные идеи, возникающие во сне, сновидениях. Однако здесь слово за психологами.

Все высказанные выше соображения, сопоставление собственных клинических наблюдений и литературных данных позволяют сделать вывод о том, что сущность, особенности проявления и степень усложнения каждого иллюзорного и галлюцинаторного феномена находятся в прямой зависимости от наличия, характера и уровня его интимной связи с патологией мышления. Поэтому оценка состояния мышления в момент, до и после галлюцинирования составляет (наряду с оценкой состояния сознания) главную задачу, от выполнения которой зависит правильность клинической квалификации тех или иных иллюзорных и галлюцинаторных феноменов.

Состояние интеллекта — иллюзии и галлюцинации. Оценка характера и глубины врожденного или приобретенного нарушения интеллекта* важна для сопоставления с ним клиники и диагностики иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. От степени сохранности интеллекта так же, как от контактности,

---

* Речь идет об аналитико-синтетических функциях, памяти, формальных способностях.

доступности, критичности больного зависят точность, определенность и правдивость его рассказа об испытываемых галлюцинациях и соответствие этого рассказа действительным галлюцинаторным переживаниям. Кроме того, более или менее сложные галлюцинации могут рассматриваться в качестве патологического творчества больного, зависящего от его интеллектуальных возможностей, сохранности сферы представления, понятийного мышления. Из сказанного ранее следует, что параллельно с оскудением мышления и снижением интеллекта ослабевают и совсем исчезают сначала слуховые и зрительные псевдогаллюцинации, затем слуховые галлюцинации и галлюцинозы и, в последнюю очередь, — зрительные галлюцинации и галлюцинозы. В связи с этим повторим, что галлюцинации непосредственно, интимно связаны с умственной деятельностью, являются элементом умственного отправления, элеметом творчества. Поэтому у психически больных, страдающих галлюцинациями, по мере нарастания слабоумия стирается галлюцинаторный синдром, который может исчезнуть полностью при достижении слабоумия глубокой степени. При выраженном слабоумии, не исключающем, однако, способности больного характеризовать свои переживания, еще возможно возникновение зрительных галлюцинаторных образов. Важно то, что характер интеллектуального дефекта всегда отражается на проявлении и сюжете галлюцинаций. В отдельных случаях, например, у больного шизофренией с присоединившимся органическим страданием, удается проследить постепенное (по мере нарастания слабоумия органического характера) исчезновение галлюцинаторных переживаний, более типичных для шизофрении, требующих для своего возникновения относительной сохранности интеллекта, творческого, хотя и паралогичного, мышления. Бывает, что параллельно с исчезновением галлюцинаций, входивших в структуру шизофренического психоза (преимущественно вербальных), появляются галлюцинации, достаточно типичные для экзогенно-органических психозов (преимущественно зрительные). По этому поводу некоторые психиатры говорят, что органическая симптоматика «вымывает» психотическую шизофреническую. Действительно, нередко можно наблюдать, что галлюцинаторно-параноидный синдром достаточно типичной шизофренической структуры постепенно, по мере нарастания органической деменции, сменяется органическим галлюцинозом с критическим, насколько позволяет слабоумие, отношением к зрительным обманам и без бредового сопровождения. Причем достаточно характерно, что на известном этапе болезни параллельно с нарастающим снижением интеллекта исчезает сначала бредовая и оскудевает, а затем полностью исчезает галлюцинаторная симптоматика шизофренического характера.

Оценка состояния интеллекта больного имеет большое значение не только для определения достоверности его информации

о переживаемых галлюцинациях, но, главным образом, для правильной квалификации самих галлюцинаций.

Состояние критики — иллюзии и галлюцинации. Степень и характер критического отношения больного к иллюзиям и галлюцинациям может проявляться в виде ряда вариантов, при которых:

а) критика сохранена полностью, имеется сознание болезни и понимание, что галлюцинаторный образ кажущийся, т. е., по выражению В. Х. Кандинского (1952), «обмануты только чувства»;

б) критика сохранена частично (с пониманием, что галлюцинаторный образ кажущийся, но с отсутствием сознания болезни);

в) критика эпизодична (отсутствует в момент галлюцинирования и проявляется вне галлюцинаторных переживаний);

г) имеются критические сомнения (с попыткой выяснить действительность существования галлюцинаторного образа, возможность его появления, с частичным пониманием нелепости образа или формальным обозначением галлюцинаций словами «кажется», «мерещится»);

д) критика полностью отсутствует, т. е., по выражению В. Х. Кандинского (1952), оказываются «обманутыми» не только чувства, но и сознание.

Учитывая безусловно очень большое диагностическое значение четкой оценки состояния критики, следует иметь в виду, что изменение характера течения психоза под воздействием психотропных средств ведет к лекарственному патоморфозу, в результате которого состояние критики не всегда оказывается адекватным этапу и форме заболевания. При сохранности сознания болезни и полной критике к галлюцинаторным переживаниям иногда отмечается мгновенный (в момент появления галлюцинаторного образа) испуг, связанный с характером видения. Пугает сюжет галлюцинаторного переживания и, значит, имеется уже начальная степень нарушения критики. Критическое отношение к галлюцинаторным переживаниям иногда сочетается с полным отсутствием сознания болезни. Подобное несоответствие может возникать в дебюте заболевания или в результате лекарственного патоморфоза симптомов. В отдельных случаях критическое отношение к одним галлюцинациям может сочетаться с полным отсутствием критики к другим галлюцинациям, как правило, сюжетно связанным с бредом.

Эпизодическая критичность к галлюцинациям встречается при различных психозах. Она может проявляться по выходе из состояния помраченного сознания, протекающего с галлюцинациями, или из галлюцинаторных пароксизмов эпилептического и истерического генеза. Если галлюцинаторные пароксизмы наб-

людаются в структуре органического или эпилептического психозов, то степень критичности, пассивность или активность критики больного существенно зависят от состояния интеллекта. Типичной для галлюцинаторных пароксизмов можно считать точно соответствующую им по времени некритичность с восстановлением критики по окончании пароксизма. Подобно тому, как пароксизмальные галлюцинации нередко напоминают сюжет и структуру сновидений, критика при таких галлюцинациях напоминает критику спящего и переживающего сновидения человека: в период сна он не критичен к «видениям» или удивляется несообразности их сюжета. Такое удивление можно рассматривать в качестве элемента критики. После пробуждения критика обычно восстанавливается. Степень критичности может быть значительно большей при галлюцинациях, возникающих вне помрачения сознания.

Критические сомнения, если они не являются следствием лечения, нередко возникают при выраженном несоответствии галлюцинаторного образа окружающей объективной обстановке и при доминирующем контроле со стороны сохранной психики или при нарушенном, но не полностью, сознании в момент галлюцинирования, с его восстановлением по окончании галлюцинаций. Так, один наш больной, страдающий церебральным атеросклерозом и алкоголизмом, увидев в коридоре своей квартиры убегающего человека, усомнился в действительном его существовании. Дверь в квартиру была заперта засовом изнутри, больной был в ней один. Однако на всякий случай он проверил, заперты ли все окна и форточки, и, только убедившись в этом, окончательно понял, что ему показалось. У другого больного сомнения возникли в связи с тем, что он увидел лошадь в своей 13-метровой комнате на восьмом этаже и понял, что попасть она туда никак не могла.

Проявлением остаточной критичности больного можно считать диссимуляцию галлюцинаторных переживаний. Несмотря на то, что при этом у больного может отсутствовать сознание болезни и имеется вера в действительное существование галлюцинаторных образов, он улавливает, что его переживания окружающие считают проявлением болезни и поэтому стремится их скрывать. Полное отсутствие критики обычно отмечается при наличии галлюцинаторно-параноидного синдрома, включающего иллюзии или истинные и псевдогаллюцинации, связанные с бредом.

При прямой сюжетной связи иллюзорных и галлюцинаторных переживаний с бредом, когда иллюзии и галлюцинации «вытекают» из бреда, подтверждают его, некритичность к этим феноменам полностью соответствует некритичности к бредовым идеям.

Состояние эмоциональной сферы — иллюзии и галлюцинации. При анализе соотношения эмоций с иллюзорными и галлю-

цинаторными феноменами мы учитываем степень нарушения сознания, интеллекта, критики больного, сохранность эмоциональной сферы, особенности содержания и оформления галлюцинаторного образа. Сравнивая, например, характер взаимозависимости эмоций и галлюцинаций у больных алкогольными психозами и шизофренией, можно установить, что эта взаимозависимость определяется степенью эмоциональной сохранности больных, наличием аффекта, входящего в структуру психопатологического синдрома (наравне с галлюцинациями), и особенностями аффективной реакции на галлюцинации. Так, при белой горячке эмоции больного обусловлены относительной эмоциональной его сохранностью, сопутствующим аффектом страха и устрашающим содержанием самих галлюцинаций. Аффект может предшествовать галлюцинациям, участвуя в их генезе, и может быть реакцией на галлюцинации. При этом галлюцинации, по нашим наблюдениям, нередко возникают вслед за аффектом, явившимся реакцией на бред, или одновременно с ним. Участие аффекта в возникновении галлюцинаций наиболее полно изучено на реактивных психозах. Психогенные галлюцинации, с их близостью по сюжету к психотравмирующему фактору, стоят в феноменологическом отношении рядом с внушенными галлюцинациями и галлюцинациями, возникающими при фазовых состояниях, поскольку состояние аффекта, вызванного психогенией, может в известной степени рассматриваться как фазовое состояние. Психиатры давно отмечают, что различного рода психогении сказываются на содержании галлюцинаторных переживаний. Причем это имеет место не только у больных с развившимся реактивным психозом, но также у психически здоровых людей, у которых в состоянии аффекта возникают те или иные быстропреходящие иллюзии и галлюцинации. Характер эмоциональной реакции при любых галлюцинациях может помочь определению их нозологической принадлежности. Оценка этой реакции в известной мере облегчается установлением последовательности во времени возникновения аффекта, галлюцинаций и бреда.

Эмоциональная реакция больных, возникающая при появлении галлюцинаций, по нашим наблюдениям, может выражаться в виде:

а) испуга, тревоги, страха, вызванных фактом галлюцинирования;

б) испуга, страха, ужаса, злобы и враждебности, связанных с содержанием галлюцинаций;

в) добродушного, радостного, заинтересованного или «делового» отношения к галлюцинациям, с установлением различного рода «взаимоотношений» с ними (спора, диалога, бегства, нападения и т. д.);

г) безразличия к галлюцинациям, свыкания с ними, их «окостенения» (С. М. Корсунский, 1936).

Личность больного — иллюзии и галлюцинации. При оценке соотношения личности больного с иллюзиями и галлюцинациями следует иметь в виду, что они воспринимаются, переживаются не абстрактным больным, а личностью конкретной, имеющей определенное положение в обществе и семье, определенные воспитание, образование, характер, привычки, намерения и т. д. В данном случае речь идет о соответствии содержания галлюцинаторного образа личности больного, значимости для него сюжета галлюцинаций.

Для правильной оценки соотношения личности больного и галлюцинаций необходима прежде всего квалификация отношения больного к собственному «я», его понимания положения собственного «я» в объективном мире (не пространственного положения, а скорее социально-биологического). Указанная квалификация в основном проводится при определении степени изменения или помрачения сознания больного. Речь идет об идентификации в сознании больного его действительной (в социальном и биологическом смысле) личности с личностью, участвующей от его имени в переживаемой им галлюцинаторной композиции. Например, при онирических и делириозных состояниях больной отождествляет себя в болезненных переживаниях с собственной личностью, называя себя действительными именем, фамилией, правильно указывая свою профессию и т. д.; при онейроидном синдроме больной, так же ощущая себя участвующим в галлюцинаторных переживаниях, чувствует себя другим человеком, с другими именем, фамилией, родом занятий. Кроме того, больной может участвовать в «галлюцинаторных действиях» от первого лица или видеть себя соучастником галлюцинаторного сюжета со стороны.

Психопатологическим анализом соотношения между личностью больного и галлюцинациями завершается изложение основных общих критериев клинической оценки иллюзий и галлюцинаций.

Основные частные критерии клинической оценки иллюзий и галлюцинаций

Преимущественную значимость большинства частных критериев для клинической оценки, квалификации тех или иных иллюзий и галлюцинаций установить очень трудно. Так, например, сложно решить, что важнее — оценка локализации галлюцинаций во времени и пространстве или определение степени их интимной «взаимосвязи» с предметами объективного окружения. Одинаково важны также анализ чувства реальности галлюцинаций для больного и оценка наличия и характера их сенсорности. Поэтому порядок изложения перечисленных критериев избран не столько с учетом их значимости, сколько с учетом их взаимозависимости, взаимосвязи между собой.

Состояние внимания — иллюзии и галлюцинации. Оценка состояния внимания галлюцинанта и влияния пассивности или активности внимания на галлюцинации связана с такими основными общими критериями, как состояние сознания, интеллекта, критики, эмоциональной сферы, значимость содержания галлюцинаций для личности больного и с такими основными частными критериями, как степень насильственности, чуждости, естественности, чувство реальности галлюцинаторного образа.

При анализе галлюцинаторного феномена следует попытаться определить, на каком фоне он развивается: на фоне пониженного тонуса и психической инактивности или повышенного тонуса и психической активности. Интенсивность галлюцинаций, кроме того, меняется при усилении или ослаблении внимания, связанном с изменением активности интеллектуальной деятельности или изменением нагрузки на «галлюцинирующий анализатор». Например, при напряжении внимания к галлюцинаторным переживаниям, возникающим при закрытых глазах, они усиливаются. Отвлечение внимания обычно ослабляет, а напряжение активного внимания (прислушивание, присматривание) усиливает слуховые и зрительные обманы при галлюцинациях органических и интоксикационных (алкогольных). Псевдогаллюцинации (вербальные и зрительные) при напряжении внимания к ним также усиливаются. Здесь можно провести аналогию с произвольными представлениями, для вызывания которых необходимо сосредоточение внимания. В отдельных случаях у одного и того же больного при напряжении активного внимания некоторые галлюцинации усиливаются, а некоторые — исчезают, что может указывать на различный генез этих галлюцинаций. Например, напряжение внимания ведет к исчезновению иллюзий и галлюцинаций, возникающих при засыпании или пробуждении, при других состояниях, связанных с фазой сна или сновидным помрачением сознания. Если псевдогаллюцинации усиливаются при напряжении внимания, то галлюциноиды (неполные псевдогаллюцинации) от напряжения внимания, как правило, исчезают.

Навязчивость, насильственность, чуждость, сделанность иллюзий и галлюцинаций. Эти критерии оцениваются в единстве и раздельно. Возникновение галлюцинаций всегда непроизвольно. Степень их навязчивости, неотступности, насильственности может быть различной. Чувство чуждости галлюцинаций, главным образом псевдогаллюцинаций, не всегда сопровождается чувствами насильственности, сделанности. Хотя галлюцинации нельзя вызвать напряжением воли (В. П. Осипов, 1923), но напряжением воли можно некоторые из них подавить или изменить их содержание (В. Х. Кандинский, 1952).

Непроизвольность возникновения, обязательная для всех галлюцинаций, оценивается неоднозначно. Это обстоятельство обусловлено тем, что некоторые галлюцинации (например, функ-

циональные, парейдолические, связанные с мнестическим эйдетизмом) возникают опосредованно. При этом опосредующий фактор может произвольно включаться больным. Так, больной, зная, что открыв водопроводный кран, он в журчании воды услышит голос, вполне сознательно, произвольно открывает кран, хотя сами функциональные галлюцинации возникают непроизвольно. Кроме того, закрывание глаз, выключение света, обеспечение тишины, осуществляемые больным произвольно, нередко создают условия, способствующие возникновению галлюцинаций. Таким образом, галлюцинации непроизвольны по механизму возникновения, хотя влияние больных на факторы, способствующие или препятствующие этому возникновению, возможно.

Навязчивость может проявляться в трех видах галлюцинаторных или близких к ним феноменов, существенно отличающихся друг от друга: эйдетическом, галлюцинаторном, псевдогаллюцинаторном.

При эйдетической навязчивости музыка, слова, фразы, недавно услышанные больным, неотступно чувственно повторяются в представлении, без характера сделанности и, как правило, без связи с другими психотическими симптомами. Этот феномен, который можно квалифицировать как сенсориализацию представлений или звуковой эйдетизм, не обладает нозологической типичностью. Отличительная особенность феномена эйдетической навязчивости заключается в интрапроекции галлюцинаторного звучания, его длительности, нередко вербальном содержании звукового образа, ослаблении возможности произвольно избавиться от него.

Возникновение на базе действительного раздражителя сближает эйдетическую навязчивость с функциональными галлюцинациями. Отличие, однако, состоит в том, что при эйдетической навязчивости звучание внутри головы возникает не одновременно с объективным раздражителем, а непосредственно после него. От псевдогаллюцинаций Кандинского этот феномен отличается механизмом возникновения, отсутствием чувств насильственности, чуждости, сделанности и степенью сенсорности. Зрительная эйдетическая навязчивость, возникая также непосредственно после объективного раздражителя, не имеет интрапроекции, проецируется перед закрытыми или открытыми глазами и легче поддается произвольному устранению.

При навязчивости, неотступности галлюцинаций однотипные по содержанию и оформлению образы, как правило, зрительные (при закрытых или открытых глазах) возникают неоднократно и иногда подолгу не исчезают. Подобные галлюцинации чаще встречаются в структуре истерических, реактивных и других психозов, протекающих с сопутствующей истерической симптоматикой. В этих последних случаях галлюцинации обычно не бывают связаны с иными галлюцинаторными и бредовы-

ми симптомами. По-видимому, основу для навязчивых, неотступных галлюцинаций может создавать изменение сознания истерического характера. Навязчивые галлюцинации иногда бывают у психически здоровых детей при высокой температуре и могут сопровождаться фебрильным бредом.

Навязчивые псевдогаллюцинации возникают при параноидной шизофрении и заключаются в непрерывно повторяющихся вербальных галлюцинациях с интрапроекцией. Навязчивыми могут быть также психические галлюцинации. Те и другие не изолированы от остальной психотической симптоматики, первые — как правило, а вторые всегда обладают чувством сделанности.

Выделение критерия *насильственности галлюцинаций* признается не всеми. Связано это с тем, что одни авторы отождествляют чувство насильственности с непроизвольностью возникновения галлюцинаций, а другие — с чувством сделанности. Мы склонны присоединиться к последним, так как в большинстве случаев теоретически и практически невозможно отличить галлюцинации, возникновение которых сопровождается чувством насильственности, от сопровождающихся чувством сделанности. По-видимому, речь идет о качественно одинаковых феноменах, различие которых состоит в степени их бредовой зависимости. Иначе говоря, чувство насильственности при галлюцинациях обусловливает убежденность в том, что они возникли насильно, но нет еще бредовой интерпретации, согласно которой больной считает, что они специально «кем-то сделаны» (возникли по чьей-то злой воле под влиянием гипноза, аппаратуры).

Чувство сделанности галлюцинаций обычно связано, а иногда полностью отождествляется, с ощущением постороннего влияния — внешнего, злонамеренного воздействия, то есть представляет собой бредовую интерпретацию галлюцинаторных переживаний. Однако если при чувстве сделанности всегда имеется бред, то не все галлюцинации, входящие в структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома, сопровождаются активным чувством сделанности. Иначе говоря, одни галлюцинации воспринимаются больным как специально сделанные, показываемые ему, а другие (в виде, например, направленных против больного разговоров) никем специально не делаются, а просто, по мнению больного, действительно существуют.

Для псевдогаллюцинаций чувство сделанности типично и встречается при них как правило. Определяя наличие чувства сделанности псевдогаллюцинаций, следует иметь в виду, что его клиническое проявление бывает разной интенсивности, от едва уловимого намека до сформировавшегося бреда сделанности. Подобные варианты могут отмечаться на протяжении болезни у одного и того же больного. Типичность чувства сделанности для псевдогаллюцинаций, по нашим наблюдениям, имеет исключения и, кроме того, не все галлюцинации, сопро-

вождающиеся чувством сделанности, являются псевдогаллюцинациями.

Сенсорность галлюцинаторного образа (вербального, зрительного, обонятельного и других). Под сенсорностью иллюзий и галлюцинаций понимается не столько количественная оценка контрастности, яркости, громкости галлюцинаций, сколько качественное определение степени их принадлежности к категории «чувствования». Бесспорно, разделение количественной и качественной сторон в сенсорности галлюцинаторного образа носит несколько искусственный характер, поскольку обе эти стороны взаимосвязаны и взаимозависимы. Однако при квалификации феномена ведущее значение имеет качественная сторона («степень чувствования»), а не количественная характеристика явления, которая лишь оттеняет, конкретизирует критерий сенсорности.

Оценка сенсорности, чувственности галлюцинаций нередко облегчает дифференциацию галлюцинозов, галлюцинаций, галлюциноидов, псевдогаллюцинаций, психических галлюцинаций. Значение этого критерия обусловлено тем, что сенсорный и интеллектуальный компоненты галлюцинаций при разных их формах могут быть представлены с различной степенью относительной интенсивности. Следует, однако, отметить, что среди психиатров прошлого нет единой точки зрения о степени сенсорности при тех или иных галлюцинаторных феноменах.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что при непрерывной шкале переходов от галлюцинозов и галлюцинаций к галлюциноидам, псевдо- и психическим галлюцинациям постепенно уменьшается участие сенсорного компонента и увеличивается связь галлюцинаторного феномена с патологически измененным мышлением. Так, например, при вербальном галлюцинозе голоса яркие, реалистичные. По тональности голоса больной нередко определяет не только принадлежность говорящего к тому или иному полу, но и его возраст. При оптическом галлюцинозе обманы восприятия также очень яркие, красочные, иногда в виде картин, лишенных объемности. Видятся они с четким разграничением деталей (морщины на лице, цвет лица, выражение глаз и т. д.).

Слуховые галлюциноиды, которые мы относим к неполным псевдогаллюцинациям, наоборот, характеризуются тем, что слова при них слышатся нечетко, неясно, неразборчиво, лишены тональности, нередко больной затрудняется определить, мужские они или женские. Зрительные галлюциноиды также лишены яркости, четкости, смазаны, иногда представляются в виде тени, контура, неузнаваемы.

При псевдогаллюцинациях чувственный компонент (сенсорность), как правило, постепенно уменьшается до полного его исчезновения при психических галлюцинациях.

При психопатологическом анализе степень сенсорности галлюцинаторного образа определяется не изолированно, а в сочетании с оценкой сознания, мышления, интеллекта. Комбинации указанных сочетаний могут быть весьма разнообразными. Это означает, что сама по себе степень сенсорности галлюцинации не предопределяет ее психопатологической квалификации. Например, сенсорность галлюцинаторного образа нередко одинаково ярко выражена при непомраченном и помраченном сознании больного.

Степень выраженности связи галлюцинаторного феномена с каким-либо органом чувств и степень его сенсорности в значительной мере зависят от пространственного расположения (проекции) галлюцинаторного образа. При этом внешней проекции галлюцинаций, как правило, соответствует бо́льшая их сенсорность. Однако зависимость здесь не прямо пропорциональная, а весьма многообразная.

Пространство, время — иллюзии и галлюцинации. Оценка положения иллюзий и галлюцинаций во времени и пространстве существенно помогает их психопатологической квалификации. Категории «пространство» и «время» характеризуют объективную реальность — свойства, присущие материи и рассматриваемые в качестве форм ее существования.

Указанные критерии оцениваются применительно к иллюзорным образам, а также к больному-галлюцинанту (раздельно и во взаимосвязи с его галлюцинациями). Иначе говоря, анализу подвергаются представления больного о пространстве и времени, ощущение его собственного положения во времени и пространстве и положение во времени и пространстве воспринимаемых им галлюцинаторных образов.

Сложность психопатологического анализа пространственной характеристики галлюцинаций обусловлена ее многомерностью, разнообразием учитываемых параметров и их сочетаний. К таким разнообразным параметрам и различным их сочетаниям относятся:

а) разная проекция галлюцинаторного образа в пространство (экстра- и интрапроекция);

б) разграничение внешнего пространства на объективное — воспринимаемое и субъективное — представляемое, или галлюцинаторное;

в) наличие или отсутствие точной локализации в воспринимаемом пространстве галлюцинаторного образа, его ассимиляция окружающей реальной обстановкой или автономность;

г) разделение галлюцинаторного пространства на видимое при открытых глазах (с замещением или без замещения объективного воспринимаемого пространства) и видимое при закрытых глазах;

д) разделение галлюцинаций, не проецирующихся во внеш-

нее пространство, на локализующиеся в голове, во внутренних органах и вне поля зрения.

Кроме того, учитывается наличие совпадения субъективной (в оценке больного) и объективной характеристик пространства и времени, а также оценка даваемой больным информации о положении в пространстве и времени его самого и воспринимаемых им галлюцинаторных образов. В одних случаях больной, правильно оценивая свое положение в окружающем пространстве, воспринимает галлюцинаторные образы без их влияния на это положение. В других — ощущение объективного пространства меняется для больного в зависимости от характера галлюцинаций. Все перечисленные соотношения квалифицируются на основании информации больного.

Галлюцинации, локализующиеся внутри головы, по своим взаимоотношениям с пространством сравнительно однородны. Галлюцинации, обладающие экстрапроекцией, наоборот, по своим взаимоотношениям с пространством весьма разнообразны. Варианты таких галлюцинаций составляют все теоретически допустимые переходы от локализующихся во внешнем воспринимаемом пространстве и ассимилируемых им до видимых в представляемом пространстве и граничащих с галлюцинациями в интрапроекции.

Для оценки критерия, определяющего взаимозависимость пространства и галлюцинаций, прежде всего необходимо четкое разграничение понятий «воспринимаемое» (окружающее больного, объективное) и «представляемое» (произвольно или непроизвольно возникающее, не связанное с объективным окружением, субъективное) пространство. При интрапроекции галлюцинаторных образов они всегда находятся в субъективном пространстве и локализуются внутри головы, в глазах, в ушах. При экстрапроекции они могут локализоваться как в субъективном, так и в объективном пространстве, но всегда вне головы. При расположении галлюцинаторного образа в воспринимаемом объективном пространстве кардинальное значение имеют наличие или отсутствие тесной связи и взаимодействие этого образа с реальными предметами, окружающими больного, и с самим больным. Так, галлюцинаторный образ человека, вне зависимости от степени его реалистичности (обычного вида или в виде человечка величиной с карандаш) может находиться перед глазами больного, то есть быть вне какой-либо связи с окружающей обстановкой или, наоборот, видеться входящим в палату через дверь, через окно, садящимся на действительный стул, ложащимся на койку, загораживающим расположенные за ним предметы и т. п. В подобных случаях правомерно говорить о том, что галлюцинаторный образ включается, вписывается в окружающую больного объективную обстановку, ассимилируется ею.

Галлюцинации, ассимилирующиеся объективным окружени-

ем, как правило, структурно завершены, реалистичны, обладают сенсорной яркостью и имеют четкую локализацию в пространстве, располагаясь в конкретном месте. В представляемом и особенно в воспринимаемом пространстве галлюцинаторный образ может локализоваться по-разному: точно, в конкретном месте, или неопределенно, на близком или далеком (в глубине пространства) расстоянии, не только в голове, но и в различных органах тела.

От локализации галлюцинаторного образа (оптического или звукового, вербального) иногда зависит характер его восприятия: в виде четкого или расплывчатого, громкого или тихого, уменьшенного или увеличенного.

Представляемое пространство, возникшее непроизвольно, насильственно, следует рассматривать в качестве галлюцинаторного. К такому галлюцинаторному относится пространство, видимое во сне, воспроизводимое в гипнотическом состоянии, видимое больным в состоянии помраченного сознания. Галлюцинаторное пространство так же, как представляемое, видится внутри головы или перед взором на различном отдалении.

Итак, больной может видеть себя и галлюцинаторные образы в объективном, воспринимаемом, и субъективных (представляемом или галлюцинаторном) пространствах. Галлюцинации, видимые в экстрапроекции, но в галлюцинаторном пространстве, наслаивающемся на воспринимаемое — объективное, нередко отличаются красочностью, сенсорной яркостью, рельефностью, иногда микро- или макропсичностью. Такое наслаивающееся галлюцинаторное пространство может закрывать (заслонять) часть воспринимаемого пространства и имеет нередко достаточно четкие границы.

При помрачении сознания галлюцинаторные образы изредка могут локализоваться в интрапроекции (псевдогаллюциноз), но обычно видятся в экстрапроекции, в воспринимаемом или галлюцинаторном пространствах (при закрытых или открытых глазах). Например, при делириозном помрачении сознания локализуемые в экстрапроекции галлюцинаторные образы нередко причудливы, нереалистичны или, наоборот, естественны, могут находиться в «интимных взаимоотношениях» с окружающей реальной обстановкой, ассимилироваться ею.

Галлюцинации в экстрапроекции при закрытых глазах в представляемом пространстве близки к визуализации представления и эйдетизму, отличаясь от них непроизвольностью и, обычно, отсутствием прямой мнестической связи с конкретными, виденными ранее объектами.

Фактор времени при галлюцинаторных переживаниях квалифицируется одновременно с пространственной оценкой галлюцинаций. Здесь очень важно анализировать порядок появления и исчезновения галлюцинаторных образов, темп их возникновения, внезапность или постепенность появления.

Реальность для больного галлюцинаторного образа, естественность, реалистичность его внешнего оформления и галлюцинаторный сюжет. Чувство реальности галлюцинаций, так же как характер их пространственной проекции, признается одним из критериев, отличающих галлюцинаторные образы, производящие на больных впечатление действительно существующих объектов, от обманов, не отождествляемых с объективными предметами [В. А. Гиляровский, 1949; В. П. Осипов, 1923; Е. А. Попов, 1941; А. В. Снежневский, 1970]. Однако следует отметить, что чувство реального существования галлюцинаторного образа может быть тем больше выражено, чем больше степень помрачения сознания больного. Так, при синдромах помраченного сознания реальными, действительно существующими часто представляются больному любые галлюцинации вне зависимости от их локализации, то есть при любом из вариантов пространственного расположения и даже при интрапроекции. Поэтому чувство реальности для больного галлюцинаций, отмечаемых при психозах помраченного сознания, не дает оснований для их отождествления с аналогичными обманами, возникающими вне помрачения сознания. Вера больного в реальность существования галлюцинации находится в прямой зависимости не только от состояния сознания, но также от сохранности мышления и интеллекта и, в конечном итоге, от состояния критики. От тех же критериев зависит характер оформления галлюцинаторного образа: в виде естественного по величине, форме, окраске или неестественного, нереалистичного.

Естественность, реалистичность внешнего оформления галлюцинаторных образов определяет их соответствие внешнему виду объектов, которые могут существовать в действительности. Например, больному «видятся» образы различных животных, птиц, знакомых и незнакомых людей вполне естественными, реалистичными, то есть животные имеют обычную величину, обычную окраску; люди нормального роста, одетые или раздетые, с естественным соотношением частей тела, обычным лицом. Галлюцинаторные образы таких же животных, птиц, людей бывают искаженными, неестественными, фантастичными — в виде кентавров, сирен, птиц с человеческими головами, людей неестественно маленького или большого роста с несоразмерными конечностями, головой и т. п. Неестественный по внешнему виду галлюцинаторный образ может признаваться больным не только нереальным, но также действительно существующим, реальным. Вместе с тем реалистичный по своему внешнему виду галлюцинаторный образ иногда воспринимается критически без веры в его действительное реальное существование.

Отсутствие или наличие бреда, сопровождающего галлюцинации, его характер, безусловно влияя на веру больного в реальное существование галлюцинаторного образа, не всегда оказываются решающими факторами. На характер чувства реаль-

ности нередко влияет степень реалистичности (естественности) галлюцинаторного образа, его завершенность, законченность, цельность в восприятии больного. Галлюцинаторный образ может видеться естественно оформленным во всех его деталях или как бы недорисованным, без какой-либо детали (человек без головы, собака без задних ног и т. д.).

При оценке критерия естественности (реалистичности), как было сказано, речь идет о внешнем оформлении изолированного галлюцинаторного образа. Совершенно в ином плане рассматривается соответствие галлюцинаторного образа (реалистичного или нереалистичного) объективной окружающей больного обстановке. Так, галлюцинаторный образ, даже вполне реалистичный по своему внешнему виду, может оказаться совершенно несоответствующим объективной ситуации, в которой находится больной. Например, неестественно, нереалистично видение в маленькой комнате на пятом этаже, где живет больной, галлюцинаторных образов слона или жирафа, по внешнему оформлению вполне соответствующих представлениям об этих животных; неестественными, кроме того, иногда представляются действия галлюцинаторных образов.

Относительную зависимость от наличия или отсутствия чувства реальности для больного и реалистичности внешнего оформления имеет содержание, сюжет галлюцинаций. Галлюцинации могут иметь для больного какой-то смысл, значение, но могут также быть для него вполне индифферентными, безразличными. В одних случаях галлюцинации имеют единый сюжет, а в других — бессюжетны. На некоторые галлюцинаторные сцены, как пишет В. А. Гиляровский (1938), больной смотрит со стороны, а в некоторых участвует сам. Содержание, сюжет галлюцинаторных переживаний нередко прямо или косвенно зависит от ситуации, в которой находится больной, его бреда или эмоциональных реакций, предшествовавших возникновению галлюцинаций, а также от ранее полученной и переработанной в сознании информации.

При оценке характера связи (по содержанию) нарушения мышления и галлюцинаций особо выделяются элементы, определяющие указанный характер. К ним мы относим:

а) наличие связи галлюцинаций с актуальными, ведущими мыслями и представлениями больного (вообще и в момент галлюцинирования);

б) наличие связей по смыслу и содержанию между отдельными галлюцинаторными образами, картинами, действиями, между галлюцинациями и паралогичными построениями, бредом;

в) спонтанность и неожиданность или, наоборот, «предопределенность» появления галлюцинаций.

Установлено, что чем больше степень несоответствия галлюцинаторного образа объективной ситуации, а также пред-

шествующим или последующим галлюцинациям, тем более значительной оказывается глубина нарушения сознания. О значительной степени нарушения сознания свидетельствует, кроме того, нелепость, нереалистичность галлюцинаций, галлюцинаторных действий сюжета, принимаемых больным за объективные, реальные. Например, при алкогольных психозах, протекающих с помрачением сознания, содержание галлюцинаторного действия нередко самое неестественное, чудовищное, нелепое.

«Взаимоотношения» иллюзий и галлюцинаций с другими психопатологическими феноменами. При наличии у больного галлюцинаций различного типа оцениваются одновременность и последовательность их возникновения, характер сменяемости; сопоставляются интенсивность, реальность для больного, естественность, степень критичности, взаимозависимость с бредом, аффектом.

Соотношения иллюзий, галлюцинаций и бреда многообразны и должны рассматриваться в рамках конкретного галлюцинаторно-бредового синдрома. Наш клинический материал свидетельствует о целесообразности в ряде случаев условного сопоставления бреда и галлюцинаций по двум формальным признакам: времени возникновения и сходству содержания. При этом возможны следующие варианты результатов такого сопоставления:

а) иллюзии, галлюцинации предшествуют бреду, бред возникает после них и связан с ними сюжетно;

б) иллюзии, галлюцинации предшествуют бреду, бред возникает после них, но по сюжету он самостоятелен и никакой связи с ними не имеет;

в) иллюзии, галлюцинации и бред, связанные или не связанные по содержанию, возникают одновременно или порядок их возникновения установить не удается;

г) возникновение бреда предшествует иллюзиям или галлюцинациям, они присоединяются к бреду, и их содержание вытекает из бреда;

д) возникновение бреда предшествует иллюзиям или галлюцинациям, они присоединяются к бреду, но имеют самостоятельное, не связанное с бредом содержание.

Обращает на себя внимание то, что галлюцинации, сюжет которых вытекает из содержания бреда, в противовес галлюцинациям, «питающим» содержание бреда, обычно имеют меньшую четкость, яркость, сенсорность, естественность, реальность для больного. Многие авторы справедливо подчеркивают обязательность раннего или позднего присоединения бреда к галлюцинозу, в дальнейшем питающему бред сюжетно [К. Вернике, 1901; Е. А. Попов, 1941 и др.], а также то, что особое клиническое значение имеет взаимозависимость псевдогаллюцинаций (в частности слуховых) и бредовых идей, поскольку

те и другие более интимно связаны друг с другом и мыслительным процессом, неотделимы от него [В. А. Гиляровский, 1949; В. Х. Кандинский, 1952; А. С. Познанский, 1934, и др.].

Сюжетная связь между иллюзиями или галлюцинациями и бредом может быть прямой — при совпадении содержания галлюцинаций с бредовыми переживаниями и непрямой — в случаях, когда содержание галлюцинаций приспосабливается к бреду паралогичными рассуждениями самого больного.

Определение взаимозависимости иллюзий, галлюцинаций и рецепторных функций. Иллюзорные и галлюцинаторные феномены принято разделять по виду анализатора (слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, осязательные). При этом учитывается изолированность или комбинированность галлюцинаторных феноменов, их сложность, взаимная противоречивость или близость по сюжету. Принимается во внимание также состояние самих анализаторов галлюцинанта. Подчеркнем, однако, что принадлежность иллюзий и галлюцинаций к тому или иному анализатору не имеет решающего значения для определения нозологической принадлежности обманов чувств.

Вспомогательные признаки галлюцинаций. В число вспомогательных признаков обычно входит оценка статичности или динамичности, устойчивости (стабильности или лабильности), ритмичности, непрерывности или эпизодичности галлюцинаций. Вспомогательными признаками являются также оценка величины, телесности, прозрачности, окрашенности, двухмерности или трехмерности (объемности), одиночности или множественности галлюцинаторного образа, порядок возникновения отдельных его деталей.

Анализ *статичности* и *динамичности* включает оценку изменчивости или движения объективного и субъективного пространства, а также галлюцинаторного образа. Галлюцинаторный образ вне зависимости от того, перемещается он в пространстве или остается на одном месте, может быть статичным или динамичным. В первом случае, например, в поле зрения перемещается образ застывшего в неподвижной позе человека. Во втором — человек видится бегущим, двигающим ногами, жестикулирующим и т. д. Перемещение в поле зрения неподвижных галлюцинаторных образов чаще бывает в субъективном представляемом пространстве, а движение динамичного образа видится преимущественно в воспринимаемом объективном пространстве. Динамичность галлюцинаторного образа обычно сочетается со сценоподобными галлюцинациями, наиболее часто наблюдаемыми при экзогенных, в частности алкогольных, психозах, сопровождающихся большей или меньшей степенью помрачения сознания. Для алкогольных психозов при этом характерна не только множественность, сценоподобность образов, представляемых в одном анализаторе, например, зритель-

ном, но также комбинированность, сложность, множественность галлюцинаций, представляемых разными анализаторами (В. В. Шостакович, 1935, 1964). Динамичные галлюцинаторные образы, как правило, объемные, трехмерные; статичные — чаще плоские, двухмерные.

Стабильность, стойкость, длительность сохранения галлюцинаторного образа нередко указывает на ограниченность, очаговость его возникновения. *Лабильность,* сменяемость (медленная, калейдоскопическая в виде непрерывного действия или эпизодическая) может сопровождаться ритмичным пульсообразным их возникновением. Калейдоскопическая сменяемость более типична для псевдогаллюцинаций. При этом, чем более содержателен галлюцинаторный образ, то есть чем больше он требует для своего оформления интеллектуальной активности, тем он менее постоянен (И. А. Сикорский, 1910). Эпизодически возникающие галлюцинации отличаются сюжетной повторяемостью, наличием каких-либо сюжетных связей или прямой серийностью (продолжением сюжета). Элементарные образы более стабильны, чем сложные (С. П. Рончевский, 1933). Детали галлюцинаторных образов, так же как отдельные галлюцинаторные образы сценоподобных галлюцинаций, появляются и исчезают в представлении больного все одновременно или по частям, раздельно.

Галлюцинации, обладающие признаком *телесности,* могут быть естественными по своему внешнему оформлению и неестественными, могут казаться больному реально существующими и нереальными. Чем больше степень телесности, естественности галлюцинации, тем вероятнее ее возникновение в воспринимаемом пространстве. Особое положение занимают галлюцинаторные образы «бестелесные» — прозрачные. Они могут быть расплывчатыми, как туман, или четко контурированными и, как правило, имеют двухмерное изображение. Нередко расплывчатый прозрачный образ возникает в виде иллюзии (нечто подобное мы находим в стихотворениях «Бесы» А. С. Пушкина и «Лесной царь» Ф. Шиллера).

Телесность может рассматриваться в качестве одного из признаков истинных галлюцинаций. Однако не все истинные галлюцинации телесны, поскольку в воспринимаемом пространстве при непомраченном сознании могут видеться прозрачные галлюцинаторные образы, имеющие четкие контуры, ассимилирующиеся окружающей обстановкой. Несмотря на бестелесность образа, больной может верить в его действительное существование.

Неестественная *величина галлюцинаторного образа* (макро- и микропсические галлюцинации) нередко встречается при алкогольных, наркоманических психозах и чаще бывает при помрачении сознания. Галлюцинаторные образы у детей нередко

имеют уменьшенную, иногда увеличенную форму. Детям видятся карлики и великаны (В. А. Гиляровский, 1949).

Некоторые психиатры считают, что галлюцинаторные образы иногда представляются больному настолько объективно существующими, реальными, что подчиняются физическим закономерностям. Например, по наблюдению В. П. Сербского (1906), галлюцинации окрашиваются при рассматривании через цветные стекла, удваиваются и утраиваются благодаря призме, увеличиваются или уменьшаются при рассматривании через бинокль. Это наблюдение, по нашему мнению, нельзя признать достоверным, так как влияние на галлюцинации цветных стекол, призмы бинокля может иметь суггестивный характер; больной знает, что при взгляде через цветное стекло все предметы видятся окрашенными, и окрашенными видит галлюцинаторные образы.

Вызывает сомнение правильность сделанного на основании клинических наблюдений вывода В. П. Осипова (1923) о том, что при приближении зрительных галлюциноидов они кажутся маленькими, а при отдалении — большими, в то время как зрительные галлюцинации, подобно действительным предметам, отдаляясь, наоборот, уменьшаются в размере. Такая оценка физических свойств галлюциноидов и истинных галлюцинаций, даваемая больными, может быть связана со свойствами не самих галлюцинаторных образов, а пространства, в которое они проецируются, так как галлюциноиды обычно «видятся» в субъективном, а истинные галлюцинации — в объективном воспринимаемом пространстве. Ассимилируясь объективным воспринимаемым пространством, истинные галлюцинации как бы приобретают свойства этого пространства. Возможно, имеет место также ошибочная интерпретация больными их собственных галлюцинаторных переживаний. В силу такой интерпретации, принимая истинные галлюцинаторные образы за объективно существующие предметы, больные придают им свойства этих предметов.

Объективные признаки галлюцинаций

К числу вспомогательных мы относим также объективные признаки галлюцинаций и их способность изменяться под влиянием различных физических и фармакологических средств.

К числу объективных А. Л. Цареградский (1905) справедливо относит следующие признаки:

разговор с самим собой, необоснованное изменение отношения к окружающим;

появление в речи неологизмов, сообщение новостей (неизвестно откуда взявшихся), движения и мимика, соответствующие «видениям», склонность к уединению, внезапная необоснованная смена настроения, изменение нормальной ширины зрачков и глаз;

прислушивание к чему-то (затыкание ушей, зажмуривание глаз);

сокращение жевательных и грудино-ключично-сосцевидной мышц (при слуховых галлюцинациях).

Признаки, объективизирующие оценку галлюцинаторных переживаний, заключаются также в степени влияния на эти переживания внешних раздражителей. Причем стимулирующее и подавляющее действие внешних раздражителей тем больше, чем ближе по своей структуре галлюцинаций к истинным, то есть чем менее интимно они связаны с мышлением.

Так, Е. Моравсик (1906) описывает ряд случаев возникновения под влиянием слуховых раздражителей (камертон, ручная шарманка) зрительных галлюцинаций в виде насекомых, мелких животных, картин у больных алкоголизмом с затемненным и с ненарушенным сознанием, находящихся в психотическом состоянии и по выходе из него. Указанные галлюцинации возникают и исчезают одновременно с началом и прекращением звучания поднесенного сзади камертона. А. С. Познанский (1969) наблюдал усиление вербальных галлюцинаций под влиянием звуковых раздражителей и их ослабление при световых, обонятельных и других раздражителях. Индифферентные слова, по его данным, не влияют на вербальные галлюцинации, а аффективно выраженные слова усиливают их. Псевдогаллюцинации ослабляются или исчезают под влиянием звукового раздражителя (на 4—5 мин.), светового раздражителя и электрического тока (на время их действия).

Большой клинический интерес представляют исследования С. П. Рончевского с соавторами (1935), изучавшего проявление галлюцинаторных феноменов в условиях темновой и световой адаптации. Так, им было установлено, что галлюцинации при темновой адаптации возникают тем легче, чем меньше прошло времени с момента прекращения психотических симптомов, и особенно легко у больных, у которых галлюцинации иногда бывают еще и вне эксперимента. При этом преимущественно у «органиков», а не у функциональных больных в условиях темновой адаптации возникают эйдолические феномены и галлюцинации, начиная от фотопсий и кончая сложными сценическими образами. То и другое сопровождается иногда парестезиями, превращающимися в галлюцинации тактильные и общего чувства. Этими авторами также отмечено, что образы, возникающие при световой и темновой адаптациях, на свету чаще бывают плоскостными, а в темноте — объемными, на свету — менее реалистичными, а в темноте — более реалистичными. У больных, находящихся в постделириозном состоянии, С. П. Рончевский вызывал галлюцинации путем раздражения рецепторов светом и темнотой.

Многочисленными исследованиями установлено, что:

кофеин в больших дозах усиливает галлюцинаторные обра-

зы, делает их более чувственными и значимыми для больного, а в малых дозах ослабляет или полностью устраняет их (А. С. Познанский, 1969; Е. А. Попов, 1941);

скополамин, веронал вызывают смягчение галлюцинаторного синдрома у больных шизофренией, в частности, галлюцинации становятся менее интенсивными и увеличиваются перерывы между ними;

подкожное введение пилокарпина, наоборот, ухудшает состояние больных, усиливает интенсивность голосов и вызывает многочисленные галлюцинации общего чувства (И. С. Сумбаев, 1932 г.);

И. А. Сикорский (1910) отмечает со ссылкой на Э. Крепелина, что алкоголь и хлоралгидрат замедляют галлюцинаторные восприятия, а чай и морфий ускоряют их;

опий и гашиш усиливают, а хинин ослабляет псевдогаллюцинации, в то время как острое опьянение ослабляет, а состояние похмелья усиливает псевдогаллюцинации (В. Х. Кандинский, 1952).

Перечисленные выше основные общие, основные частные критерии клинической оценки и вспомогательные признаки галлюцинаций служат основанием для определения различных типов иллюзорных и галлюцинаторных феноменов.

Глава вторая

Определение сводных понятий, объединяющих все иллюзорные, галлюцинаторные феномены, и их классификация

Большое теоретическое и практическое значение четкой дефиниции иллюзорных и галлюцинаторных феноменов бесспорно. Однако их многообразие столь велико, что нередко трудно сформулировать определения, отражающие особенности каждого из них. Кроме того, важен анализ взаимоотношений между феноменами и их зависимости от форм заболеваний, при которых они встречаются. Поэтому во второй главе обсуждаются также вопросы правомерности разграничения понятий «иллюзии» и «галлюцинации», уточнения патокинетических соотношений между истинными и псевдогаллюцинациями при шизофрении, нозологической принадлежности псевдогаллюцинаций Кандинского. Разбор упомянутых вопросов и оценка различных иллюзорных и галлюцинаторных феноменов по предлагаемым нами критериям дает принципиальное обоснование для построения их систематики (классификации).

Основные типы иллюзий и галлюцинаций, их дефиниция

Психопатологический анализ иллюзий и галлюцинаций, проводимый по критериям клинической оценки, позволяет четко отграничить друг от друга: органические галлюцинозы, иллюзии и галлюцинации помраченного сознания, истинные галлюцинозы и галлюцинации, неполные псевдогаллюцинации (галлюциноиды), псевдогаллюцинации, психические галлюцинации и сформулировать развернутые определения перечисленных понятий. Определения эти базируются на клиническом исследовании, включающем большое число наблюдений, и частично— на критическом обзоре взглядов ряда видных психиатров. Ниже приводится такой обзор и определения общих сводных понятий, которые представляются нам наиболее правильными. В то же время клиническое описание частных терминов дается в соответствующих разделах монографии.

Определение понятия «иллюзии»

На протяжении 150 лет в большинстве учебников психиатрии приводятся аналогичные или близкие по смыслу определения термина «иллюзия». Эти определения в большей или меньшей степени повторяют классическую формулировку Ж. Эскироля, четко отграничившего иллюзии от галлюцинаций, или формулировку Ф. Пинеля.

По словам Ф. Пинеля (1829), «заблуждения воображения» (в последующей терминологии — иллюзии) — это «видения, в коих настоящие предметы обезображиваются или приукрашиваются, иногда же совершенно изменяются»*. Ж. Эскироль (1838) считает, что иллюзии — это извращенные восприятия.

В обоих определениях указывается на присутствие при иллюзиях действительного восприятия с его извращением (Ж. Эскироль) или «настоящего предмета» с его обезображиванием, приукрашиванием, совершенным изменением (Ф. Пинель). В определении Ф. Пинеля добавляется еще, что при иллюзиях имеют место заблуждения и причудливости рассудка.

Одни авторы учебников психиатрии (отечественных или зарубежных), обозначая иллюзии, говорят об ошибках ощущений— «мнимоощущениях**, другие — об ошибках, искажениях, извращениях восприятий — «мнимовосприятиях»***, третьи — об ошибках ощущений и восприятий****, наконец, четвертые, повторяя Ф. Пинеля, подчеркивают, кроме того, участие рассудка, сознания в ошибках восприятий*****.

Достаточно типичными иллюстрациями перечисленных вариантов могут служить определения: В. П. Сербского (иллюзии — это мнимоощущения); В. П. Осипова (иллюзии — это ложные искаженные восприятия предметов реальной действительности); С. С. Корсакова (иллюзии суть извращения восприятий, ложноощущения).

П. И. Ковалевский иллюзиями называет такие болезненные состояния сенедальной возбудимости, при которых внешние впечатления передаются нашему сознанию ощущениями в извращенном или ложном виде, или иллюзии — это извращения реальных, действительно существующих раздражений внешнего мира, и в этом смысле они могут считаться качественным изменением нервной возбудимости.

В ряде учебников при определении термина «иллюзия» наряду с искажением восприятия реального внешнего объекта

---

* Ф. Пинель. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. Пер. с франц. М., 1829, с. 76.

** В. П. Сербский, 1906.

*** В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, И. В. Давыдов, 1971; О. В. Кербиков, 1955; В. Ф. Матвеев, 1975; А. А. Меграбян, 1972; Т. А. Невзорова, 1976; В. П. Осипов, 1923; А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, 1971; Ю. Е. Рахальский, 1967; И. Ф. Случевский, 1957; Н. П. Татаренко, 1971.

**** С. С. Корсаков, 1901; Т. Циен, 1892.

*****П. И. Ковалевский, 1886; И. А. Сикорский, 1910; Р. Крафт-Эбинг, 1881; Э. Крепелин, 1912.

подчеркиваются чувственность и яркость этого восприятия*, что частично учитывал П. И. Ковалевский.

Примером подобной оценки иллюзий может служить определение Н. П. Бруханского, называющего иллюзиями чувственно яркие восприятия, при которых объект воспринимается не таким, какой он есть в действительности, а в искаженном виде:

Некоторые психиатры считают нужным подчеркнуть реальность для больного иллюзий (в момент их переживаний, несмотря на сохранную критику).

Так, К. Ясперс (1923) иллюзиями называет «видения», возникшие путем преобразования из реальных восприятий, в которых внешние раздражители органов чувств настолько сливаются с репродуцированными элементами в одно целое, что невозможно отличить прямые от репродуцированных.

У В. А. Гиляровского (1937) мы находим повторяемое некоторыми авторами** весьма существенное дополнение, заключающееся в том, что при иллюзиях речь идет об извращении восприятия не только предметов, но и явлений. Иллюзиями он называет искаженные восприятия, при которых действительно существующие предметы и явления принимаются не в полном соответствии с действительностью, а в измененном виде.

Таким образом, в разных определениях подчеркиваются пять существенных признаков иллюзий:

а) наличие объективного, действительно существующего предмета или явления;

б) ошибочное, искаженное ощущение или восприятие предмета или явления;

в) субъективная оценка искаженно воспринимаемого предмета или явления в качестве реально существующего;

г) участие интеллектуальной (мыслительной) деятельности субъекта при образовании феномена;

д) сенсорный, чувственный характер феномена.

Перечисленные признаки представлены с разной степенью их значимости при различных видах иллюзий. Виды иллюзий, то есть феномены, обозначаемые этим сводным понятием, весьма полиморфны, патогенетически неоднородны, встречаются при многих нервных и психических заболеваниях. Поэтому имеет большое значение их детальная клиническая характеристика.

Ведущим признаком, объединяющим все иллюзии общим понятием, оказывается обязательное наличие объективного предмета или явления. Отличает иллюзорные феномены друг от друга, главным образом, неодинаковое состояние сознания и мышления (при их возникновении до и после них).

---

* Н. П. Бруханский, 1935; М. О. Гуревич и М. Я. Серейский, 1937; Н. И. Озерецкий, 1948.

** В. М. Банщиков, Т. А. Невзорова, 1969; О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский, 1968; О. В. Кербиков, Н. И. Озерецкий, Е. А. Попов, А. В. Снежневский, 1958; Г. К. Ушаков, 1973.

Следовательно, разделяя все иллюзии на возникающие при помрачении сознания и вне помрачения сознания, в связи с нарушением мышления и вне такого нарушения, мы полагаем клинически обоснованным следующее сводное определение понятия «иллюзия»:

Иллюзия — 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*.

К принципиально различным иллюзорным феноменам можно отнести:

а) иллюзии физические и физиологические;

б) элементарные неврологические иллюзии ощущения;

в) иллюзии органические (дисметаморфопсии и др.);

г) иллюзии рефлекторные (синестезии)**;

д) иллюзии функциональные (парейдолические)**;

е) иллюзии психические (психогенные, аффективные);

ж) иллюзии гипнотические (внушенные при открытых глазах);

з) иллюзии при синдромах помраченного сознания;

и) иллюзии ложного узнавания;

к) иллюзии интерпретативные, бредовые, аутосуггестивные.

Из всего вышеизложенного следует, что клиническое содержание термина «иллюзия» определяется прилагательным, с которым этот термин применяется в том или ином случае. Вместе с тем во всех случаях понятие «иллюзия» отражает основу феномена, и его правильная квалификация имеет большое диагностическое значение.

Определение понятия «галлюцинации»

Определение термина «галлюцинация» так же, как определение термина «иллюзия», формулировалось в течение последних 150 лет очень многими психиатрами. В учебниках, монографиях, статьях изложение материалов, касающихся учения о галлюцинациях, нередко начинается с двух справок. Первая из них состоит в том, что термин «галлюцинация» ввел Ф. Б. Соваж в 1768 г. Вторая заключается в том, что четкое разграничение иллюзий и галлюцинаций, а также определение этих

---

* Несмотря на то что понятия «ощущение», «восприятие» указывают на чувственный характер явления, некоторые авторы, как было показано, вводят в определение иллюзий ссылку на их сенсорность; делается это для отличия психических иллюзий от иллюзий памяти — псевдореминисценций. Мы, однако, считаем излишним включение в определение иллюзий указанной ссылки.

** Рефлекторные и функциональные иллюзии принципиально отличаются от рефлекторных и функциональных галлюцинаций так же, как вообще иллюзии отличаются от галлюцинаций.

терминов дал Ж. Эскироль в 1817 г. с уточнением в 1838 г. Однако задолго до Ж. Эскироля приводились весьма содержательные определения интересующего нас термина. Так, А. Маттей почти 170 лет назад 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 «призраков» (галлюцинаций), считая, что для них характерны:

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

б) недостаточность суждения, то есть нарушение критики;

в) принятие кажущегося («мечты») за истину.

Ф. Пинель (1829) уточняет основной признак обмана чувств. Он подчеркивает, что в «видениях ...отсутствующие предметы часто принимают столь живой вид, что кажутся присутствующими»**. Таким образом, он дополнительно подчеркивает внешнее сходство кажущихся предметов с «присутствующими», то есть объективно существующими.

Как было уже сказано, без малого 150 лет цитируется и признается классическим определение, данное Ж. Эскиролем (1838). Галлюцинациями он называет обманы чувств, не имеющие источника раздражения, при которых больной не в силах отрешиться от внутреннего убеждения, что он в данную минуту имеет чувственные ощущения, тогда как на самом деле на его внешние чувства не действует ни один предмет, способный возбудить такого рода ощущения.

В этом определении подчеркиваются два основных признака галлюцинаций:

а) отсутствие объективного раздражителя — «видение», восприятие того, чего нет, или переживание ощущений, не вызванных объектом;

б) убежденность больного в действительности чувственного ощущения — в том, что ощущаемое существует действительно, реально.

При первой оценке речь идет о расстройстве восприятия, а при второй — о расстройстве суждения, близком к бреду. Это соображение много позже позволило Е. А. Попову (1941) говорить о том, что больной, испытывающий галлюцинации, вместо бредового утверждения о наличии у него кучи золота убежден в наличии образа или той же кучи золота, которые ему видятся, но в действительности отсутствуют.

Возобновившаяся в последней четверти XIX в. дискуссия между представителями «центральной» и «периферической» теорий возникновения галлюцинаций отразилась на определениях

---

* А. Маттей. Дополнительные исследования душевных болезней. Пер. с франц. изд. 1809. — В кн.: Ф. Пинель. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. М., 1829, с. 401.

** Ф. Пинель. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. Пер. с франц. М., 1829, с. 76.

этого термина. Сторонники «периферической» теории говорили об обманах органов чувств, а их противники вспоминали Ф. Пинеля и Ж. Эскироля, видевших в основе галлюцинаций «заблуждения ума». Примером такого подхода к определению галлюцинаций может служить формулировка Р. Крафта-Эбинга (1881), оценивающего галлюцинации как следствие «центробежного возбуждения центрального аппарата соответственным психическим раздражением, действующим в такой степени, что отнесенное наружу возбуждение приобретает силу чувственного воззрения»*, или «галлюцинирующему не только так кажется, но он в самом деле видит, слышит, вкушает, осязает с такою же ясностью, как будто бы это было действительным объектом чувственного впечатления»**. В этом определении галлюцинации понимаются как производное психики больного, обладающее экстрапроекцией, ставшее воззрением больного, то есть сопровождающееся его верой в действительное существование кажущегося образа. Формулировка Р. Крафта-Эбинга основывается на теории, согласно которой возникновение галлюцинаций подчинено закону эксцентрической проекции. По этому закону ощущения, вызванные внутренним раздражением, локализуются в экстрапроекции таким же образом, как те, которые вызываются адекватным раздражителем извне. Причем подчеркивается, что при корковых и субкортикальных раздражениях эффект эксцентрической проекции не одинаков.

Наиболее четко клиническую сущность галлюцинаторных переживаний, их связь с мышлением, процессом познания выразил В. Х. Кандинский, подчеркнувший связь галлюцинаций с восприятиями или чувственными представлениями, возникающими субъективно, вне зависимости от внешних впечатлений, но локализующихся в экстрапроекции. Указанные представления появляются в результате возбуждения «центральных чувствующих областей». Он так формулирует понятие «галлюцинация»: «Настоящей галлюцинацией субъективное чувственное восприятие может быть названо только в тех случаях, если чувственный образ представляется в воспримлющем сознании с тем же самым характером объективной действительности, который при обыкновенных условиях принадлежит лишь чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных внешних впечатлений... Различий в степени объективности между действительно галлюцинаторными чувственными образами не существует, наполовину галлюцинировать нельзя—и в данную минуту больной либо имеет действительную галлюцинацию, либо не имеет ее»***. Он подчеркивает, что «быть убежденным в том, что имеешь ощущение, и действительно иметь ощущение не всегда одно и то же; ... гал-

* Р. Крафт-Эбинг. Учебник психиатрии. Пер. с нем. С.-П., 1981, с. 105.
** Там же, с. 108.
*** В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 143; 144.

люцинации суть не просто субъективные ощущения, но субъективные восприятия»*.

В определении В. Х. Кандинского наряду с такими признаками галлюцинаций, как экстрапроекция, сходство с реальными объектами, центральное субъективное (без внешнего впечатления) возникновение, указывается на близость галлюцинаций к ощущениям, восприятиям и представлениям.

Вслед за В. Х. Кандинским на те же признаки галлюцинаций указывает С. С. Корсаков (1913). Он пишет, что галлюцинации суть «...появление в сознании представлений, соединенных с ощущениями, соответствующими таким предметам, которые в действительности в данную минуту не производят впечатления на органы чувств человека». В другом определении он подчеркивает единство при обманах чувств восприятия и представления: при галлюцинировании «мысль проецируется во внешний мир, одеваясь в сенсорную оболочку»**, или другими словами, «для того чтобы явились галлюцинации, необходимо, с одной стороны, чтобы было возбуждение сенсорных центров, то есть центров, в которых возникают ощущения, и с другой — чтобы это ощущение сливалось с каким-нибудь представлением, восстановившимся в сознании из запаса. Галлюцинация есть репродукция мысли ,или идея, проецированная наружу»**.

В течение текущего столетия у нас и за рубежом многие психиатры по-прежнему приводят свои более или менее удачные определения понятия «галлюцинация». Однако все эти определения повторяют в разном изложении, разной последовательности и с разной значимостью признаки, отмеченные А. Маттеем, Ф. Пинелем, Ж. Эскиролем, В. Х. Кандинским, С. С. Корсаковым, оттеняя либо характер галлюцинаторного образа, либо отношение к нему личности больного и подчеркивая патогенетическую близость галлюцинаций в одних случаях к ощущениям, в других — к восприятиям, в третьих — к представлениям.

Так, А. Клод (1932) отдает предпочтение близости галлюцинаций к ощущениям; по его мнению, истинные галлюцинации характеризуются наплывом в сознании элементарных ощущений, нейтральных и свободных от аффективного содержания, с элементами простоты и неожиданности.

Преимущественную связь галлюцинаций с восприятиями подчеркивают многие авторы. В. Ф. Чиж (1911) утверждает, что галлюцинация есть настоящее восприятие в том смысле, что галлюцинирующий действительно слышит, видит, осязает, обоняет, а не только ему кажется, что он слышит, видит и т. п. В другом месте он отмечает, что галлюцинация отличается от самых живых образов фантазии тем, что она всегда пространственна, то есть занимает какое-либо место в пространстве. Следовательно, В. Ф. Чиж имеет в виду истинные галлюцинации. По определению К. Ясперса (1965), настоящие галлюцинации являются овеществленными (олицетворенными) иллюзорными восприятиями, которые возникают не из реального восприятия путем преобразования, а оказываются совершенно новыми и которые появляются наряду, одновременно с реальными восприятиями (ощущениями,

---

* В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 26, 27.

** С. С. Корсаков. Курс психиатрии. Т. 1. М., 1913, с. 119.

наблюдениями). Благодаря последнему признаку они отличаются от галлюцинаций во сне. Галлюцинации он относит к аномалии восприятий, а псевдогаллюцинации — к аномалии представлений. А. С. Кронфельд (1940) возражает против отождествления галлюцинации с восприятием. О. П. Вертоградова (1969), говоря о характере нарушений восприятия при острых психотических приступах, отмечает, что иллюзии и в особенности галлюцинации являются не столько собственно нарушением восприятия, сколько следствием его.

Большинство авторов указывают на связь возникновения галлюцинаций с представлениями, хотя связь эту понимают по-разному. К. Гольдштейн (1913) полагает, что галлюцинация есть чувственное переживание прежнего восприятия без наличия соответствующего ему нового внешнего раздражения, то есть сущность галлюцинаторного феномена он видит в том, что представление становится восприятием. К. Гольдштейна почти повторяет Е. А. Попов (1941), который считает, что галлюцинация есть представление, превратившееся в восприятие, или, точнее, представление, переживаемое так, как если бы оно было восприятием. При этом он не усматривает четких границ между восприятиями и представлениями и считает, что между ними имеется непрерывная шкала взаимных переходов: представление, превращаясь в восприятие, приобретает все его признаки и становится галлюцинацией, а восприятие, переходя в представление, теряет признаки реальности и переходит в представляемое пространство.

Помимо отмеченного выше, повторяемость взглядов о связи образования галлюцинаций с представлениями выглядит следующим образом: С. А. Суханов (1904) выделяет галлюцинаторные представления, навязчивые галлюцинации и резко выраженные галлюцинаторные иллюзорные навязчивые представления, развивающиеся в меланхолическом периоде острого психического заболевания и имеющие в основном свои рудиментарные проявления конституциональной идеаторной обсессии; Э. Крепелин (1910) пишет, что галлюцинация — это представление необычной чувственной живости; О. Бинсвангер (1908), определяя сознание как совокупность совершающихся в данное время психических процессов (а содержание сознания как образы воспоминания и ощущения, испытываемые органом сознания, то есть корой большого мозга), делает вывод, что при спутанности сознания ускоряется течение представлений и это обусловливает иллюзии и галлюцинации; И. А. Сикорский (1910) полагает, что при галлюцинациях имеет место неправильная оценка сознанием сведений, полученных от служебных органов (анализаторов), но сведения эти могут порождаться не с «периферии служебных органов», а возникать в порядке представлений, вызванных ассоциациями; А. Эй (1932) под галлюцинациями понимает не заблуждение ума и не болезненное ощущение, а несоразмерно визуализированный в психике образ представления; В. А. Гиляровский (1949) высказывает мнение, что галлюцинацию можно определить как проецирование вовне объективизированных, «получивших плоть и кровь материализированных представлений», а не восприятий. Однако он возражает против отождествления интенсивных представлений с истинными галлюцинациями, как это делает В. Гризингер; Н. Н. Корганов (1949) утверждает, что галлюцинации, как патология представлений, не могут быть отнесены ни к патологии восприятий, ни к патологии мышления — ошибкам суждения, ни к патологии памяти — ложным воспоминаниям. Этот вывод основывается им на том, что, будучи связаны с восприятиями, представления не суть восприятия; будучи связано с мышлением, включаясь в него как элемент, представление не равно ему и, возникая на общей основе мнестической функции мозга, не тождественно памяти.

А. В. Снежневский (1958) относит галлюцинации к категории представлений. По его определению, они характеризуются непроизвольностью, интенсивной чувственностью, проецируются в реальный мир и тем самым приобретают свойства объективности, присущие действительности. В последующем он уточняет, что галлюцинации возникают вследствие приобретения

представлениями доминирующего положения, в результате которого действительные впечатления заменяются внутренними образами.

Находя различную степень связи возникновения галлюцинаций с той или иной стороной, уровнем процесса познания, цитированные выше и многие другие авторы нередко одинаково оценивают разноименные, принципиально отличающиеся друг от друга феномены. П. Б. Ганнушкин (1904), В. А. Гиляровский (1949), Н. Н. Корганов (1949) отмечают, что разные авторы к истинным галлюцинациям причисляют неоднородные в патогенетическом и феноменологическом отношении явления. Поэтому любое из имеющихся в психиатрической литературе определений понятия «галлюцинация» применимо к одним галлюцинаторным феноменам и частично или полностью не применимо к другим.

В связи со сказанным нельзя согласиться с С. П. Рончевским (1938), который полагает, что все галлюцинации, вне зависимости от их патогенетической и феноменологической принадлежности, подчиняются общим закономерностям. Неверно это, на наш взгляд, потому, что многие галлюцинаторные феномены, обладающие отдельными свойствами истинных галлюцинаций, принципиально различаются между собой. Вместе с тем между различными видами галлюцинаторных переживаний имеется множество промежуточных, переходных* форм. При этом разные промежуточные формы — разные виды галлюцинаций— могут встречаться у одного и того же больного. Поэтому, анализируя характер психотических переживаний у каждого больного, необходимо четко представлять себе течение болезни, ее развитие, смену одних симптомов другими, одних галлюцинаций другими**.

Примером подобного развития может служить описанная В. Н. Мамцевой (1969) динамика психопатологической симптоматики у детей, больных шизофренией, у которых смена симптомов происходит в такой последовательности: образная фантазия — психический автоматизм — псевдогаллюцинации — чувство овладения — деперсонализация. К образному фантазированию в 6—14 лет присоединяются другие автоматизмы в виде сновидных переживаний и псевдогаллюцинаций, и тогда образные фантазии приобретают характер автоматизма со склонностью к стереотипии.

Суммируя все вышесказанное и выдвигая критерии состояния сознания и мышления в качестве главных, обусловливающих групповую принадлежность тех или других галлюцинаторных феноменов, мы позволим себе предложить следующее определение интересующего нас понятия:

---

* Говоря о наличии переходных форм, мы имеем в виду в данном случае не возможность перехода (трансформации) одних галлюцинаций в другие, а наличие множества промежуточных феноменов, имеющих самостоятельное значение.

** Опять же смену, независимое возникновение, а не трансформацию.

истинная галлюцинация — это феномен, при котором кажущийся образ (слуховой, зрительный, тактильный и др.) возникает вне помрачения сознания, при отсутствии реального внешнего раздражителя; более или менее связан с предшествующим расстройством мышления и выражает это расстройство; проецируется в воспринимаемое пространство и ассимилируется им (вступает во «взаимоотношение» с реальными объектами); оценивается больным без критики, как действительно истинно существующий объект.

Следовательно, к истинным можно отнести элементарные галлюцинации, галлюцинозы (кроме органических), функциональные и рефлекторные галлюцинации, возникающие вне помрачения сознания.

В соответствии с вышеприведенным определением не относятся к истинным галлюцинациям фотопсии и акоазмы, органические галлюцинозы, эйдетические образы, образы сновидений и внушенные гипнотические галлюцинации, все галлюцинаторные феномены состояний помраченного сознания, галлюциноиды и, естественно, псевдогаллюцинации, психические галлюцинации.

Правомерность разграничения иллюзий и галлюцинаций

Различия между понятиями «иллюзия» и «галлюцинация» достаточно конкретно обозначены в сформулированных многими авторами и частично приведенных выше определениях. Сводятся эти различия к тому, что возникновение иллюзий связано с фиксируемыми в данный момент органами чувств и искажаемыми в сознании действительными ощущениями или восприятиями объективных предметов, явлений, действий, а галлюцинации возникают вне указанной связи. В сентенции Х. Ласега (1881) это различие формулируется примерно так: иллюзия относится к галлюцинации, как злословие к клевете; иллюзия опирается на факт, но его извращает; галлюцинация сочиняет все до мелочей, в ней нет ни одного слова правды.

Несмотря на то что большинство психиатров признают бесспорным наличие принципиальной разницы между понятиями «иллюзия» и «галлюцинация», такой точки зрения придерживаются не все психологи и даже не все клиницисты-психиатры. Несогласие с принципиальным разграничением иллюзий и галлюцинаций разными авторами объясняется по-разному (А. С. Кронфельд, С. Я. Рубинштейн, В. И. Финкельштейн).

А. С. Кронфельд (1936) считает, что различие понятий «иллюзия» и «галлюцинация» теоретически не обосновано, психопатологически ошибочно и практически не существенно. По его мнению, это лишь количественное различие, которое состоит в том, что иллюзия исчезает с исчезновением реального исходного пункта, галлюцинация все же некоторое время продолжается. С. Я. Рубинштейн (1957) полагает, что никаких восприятий

без объекта — галлюцинаций — быть не может. По ее мнению, любые галлюцинации возникают в силу какого-то внешнего раздражителя, а не являются следствием творчества мозга. Поэтому нет никаких принципиальных различий между иллюзиями и галлюцинациями. Делая такой вывод, она ссылается на высказывание И. П. Павлова о том, что любое психическое явление, включая психопатологическое (галлюцинации), рассматривается в качестве рефлекса, реакции (следствия) на раздражитель (причину), а не как возникающее само по себе в мозге. В работах последних лет она повторила свой вывод об отсутствии принципиальных различий между иллюзиями и галлюцинациями. Вместе с тем вполне справедливо считая, что в акте восприятия воедино слиты фугальный и петальный процессы и этот акт является следствием активной целостной деятельности, она не без основания отрицает теорию, согласно которой галлюцинаторный образ — это интенсифицированное представление.

Не менее справедливо она признает неправильным мнение В. Гризингера (1867) о том, что детерминация психического у больных людей связана с продуцированием изнутри, из самого мозга. Ею поддерживается цитировавшееся нами ранее высказывание А. В. Снежневского об ослаблении, извращении или полном исключении при психозах детерминации психической деятельности внешним миром вследствие расстройства рефлекторной деятельности головного мозга. На основании последнего утверждения С. Я. Рубинштейн делает вывод о том, что истинные галлюцинации и иллюзии являются искаженными восприятиями. По ее мнению, это не интенсифицированные представления, не фугальная продукция больного мозга, а результат искаженного рефлекторного процесса. Продолжая и развивая ту же мысль и отмечая, что за 150 лет резкое разграничение иллюзий и галлюцинаций не приобрело «рабочего делового» значения, С. Я. Рубинштейн признает неправильной оценку иллюзий в качестве искаженных восприятий, а галлюцинации — в виде процесса, вынесенного за рамки восприятия. Этот вывод обосновывается тем, что недопустимо считать галлюцинации «продуктом» больного мозга, результатом процесса целиком фугального, поскольку такое понимание сущности галлюцинаций, по ее мнению, не соответствует данным современной психологии и ведет к дуалистическому толкованию.

Мы не склонны останавливаться на обсуждении проблемы причинности в учении о галлюцинациях. Отметим лишь, что к разрешению этой проблемы трудно подойти с помощью патопсихологических экспериментов или патофизиологических исследований. Столь же недостаточен в этом отношении только анализ клинических наблюдений. По-видимому, необходимо комплексное изучение проблемы причинности галлюцинаций при участии перечисленных выше и многих других дисциплин (включая химию, физику, философию). Однако на пути к решению указанной проблемы пока сделано мало, и поэтому для психиатрической клиники важны положения, установки, критерии, отвечающие ее основным диагностическим задачам.

По-видимому, вопросы о сходстве и различии механизмов возникновения иллюзий и галлюцинаций, а также о наличии качественной разницы между ними не однозначны и более сложны, чем предполагают некоторые авторы. На наш взгляд, разногласия при решении этих вопросов частично обусловлены неточностью методологического подхода, выражающейся в том, что смешивается феноменологическая статическая оценка явления с его динамической оценкой и изучением причинности. Иначе говоря, в одних случаях оценивается проявление, внешнее

оформление иллюзий и галлюцинаций с учетом закономерностей их динамики (возникновение, развитие, исчезновение), в других принимается во внимание только динамика без учета иных, характеризующих свойства феномена, критериев, а в третьих делается попытка открыть причинность явления.

При исследовании семиотики и систематики иллюзий и галлюцинаций мы ограничимся лишь общим выводом о результатах клинического сопоставления некоторых иллюзий и галлюцинаций. Вывод этот заключается в том, что одни иллюзорные и галлюцинаторные феномены не имеют между собой существенных различий, а многие другие существенно отличаются друг от друга. Так, клинические наблюдения убеждают нас в том, что в большинстве случаев при наличии аффективных, психогенных и примыкающих к ним аутосуггестивных (возникающих в плане бреда) галлюцинаций, а также при галлюцинациях помраченного сознания тщательное обследование обычно позволяет выявить одноименные и однотипные иллюзии. Вместе с тем при наличии иллюзий аналогичного генеза одноименные галлюцинации имеются не всегда, и только дальнейшее развитие болезни приводит к переходу иллюзий в галлюцинации. Степень вовлеченности сознания и мышления при возникновении обоих феноменов остается в этом случае одинаковой. Следовательно, перечисленные иллюзии и галлюцинации отличаются друг от друга только по масштабам, объему патологического творчества.

Наоборот, любые иллюзии принципиально отличаются от псевдогаллюцинаций, неполных псевдогаллюцинаций (галлюциноидов), большинства галлюцинаций и галлюцинозов истинных (непомраченного сознания).

Особо должны рассматриваться соотношения между неврологическими (органическими) иллюзиями (микро- и макропсии, расстройство схемы тела, другие психосенсорные мнимоощущения) и органическими галлюцинациями (Шарля Бонне, Леррмитта и др.). Здесь, по-видимому, имеет место, с одной стороны, различие в масштабах патологического творчества и степени вовлеченности мышления, а с другой — сходство, обусловленное влиянием на формирование феномена органической патологии.

Таким образом, мы полагаем, что клиническое сопоставление допустимо не вообще в отношении иллюзий и галлюцинаций, а только в отношении конкретных иллюзорных и галлюцинаторных феноменов. Однако при таком клиническом сопоставлении любых иллюзий и галлюцинаций необходимо руководствоваться в качестве основной посылки тем, что галлюцинация — субъективное переживание, в момент возникновения которого не имеется воздействия какого-либо соответствующего ему конкретного реального объекта (зрительного, слухового и др.), в то время как иллюзия, также субъективное переживание, всегда представляет собой искажение объективной действительности.

Определение понятия «галлюциноз»

Термин «галлюциноз» наиболее часто стал встречаться в психиатрической литературе с начала текущего столетия. Все это время многие психиатры подчеркивают неопределенность понятия, обозначаемого указанным термином [В. П. Осипов, 1923; Е. А. Попов, 1958; С. А. Суханов, 1906; Г. К. Ушаков, 1969 и др.].

Разнозначные, иногда диаметрально противоположные суждения по интересующему нас вопросу высказывают представители немецкой, французской, советской психиатрических школ. Отсутствие единой точки зрения при этом выявляется не только в результате сопоставления основных установок каждой из перечисленных школ, но также при сравнении взглядов различных представителей одной и той же школы. Так, одни немецкие психиатры относят галлюцинозы к экзогенным, а другие — к эндогенным симптомам. Французские психиатры расходятся между собой по вопросу о наличии при галлюцинозах бреда. Одни советские психиатры относят галлюцинозы к истинным галлюцинациям, а другие — к псевдогаллюцинациям. Нет единого суждения о квалификации галлюциноза в качестве симптома или синдрома и т. д.

Еще в 1897 г. французский психиатр Ф. Фернадье впервые описал острое психическое заболевание, характеризующееся только наплывом галлюцинаций без бредового компонента. В дальнейшем именно такие состояния французские психиатры стали называть «чистым галлюцинозом», то есть галлюцинациями без бреда.

Термин «галлюциноз» введен в психиатрическую литературу К. Вернике (1901), обозначившим этим термином множественные вербальные галлюцинации при алкогольных психозах, сопровождающихся «обильными обманами восприятий» и образным, предопределяемым галлюцинациями бредом (при сохранной ориентировке); К. Вернике выделяет острый, прогрессивный, резидуальный, хронический, периодический галлюцинозы. К. Бонгеффер (1909) использует термин «галлюциноз» для характеристики галлюцинаций при «экзогенном типе реакции»; К. Вернике и К. Бонгеффер признают обязательной для галлюциноза ясность сознания. Э. Крепелин (1910) отмечает при галлюцинозе оглушенность сознания, неуверенность и нечеткость ориентировки, а также подчеркивает в качестве наиболее характерной особенности галлюциноза элементы критичности в большей или меньшей степени.

Психопатологический феномен, соответствующий понятию «галлюциноз» французских авторов, описан В. П. Сербским (1906) под термином «острая везания». Этот термин часто использовал в своих работах С. А. Суханов (1906), который считал его применение целесообразным в тех случаях, когда галлюцинации занимают основное место в болезни, не сопровождаются бредом или предшествуют ему и всецело его «питают». При этом С. А. Суханов выделяет следующие виды галлюциноза (наряду с острым вербальным галлюцинозом Вернике):

а) затяжной слуховой галлюциноз при хроническом алкоголизме (яркие, враждебные, «обильные» образы с сохранением элементов критики, иногда с идеями «околдования»);

б) хронический слуховой галлюциноз при церебральном атеросклерозе (индифферентные, а затем нелепые, фантастические галлюцинации, сопровождающиеся бредом с постепенным исчезновением критики, но без мысли

о постороннем влиянии, не враждебного содержания, без элементов сделанности);

в) хронический слуховой галлюциноз при слабоумии взрослых (наплыв ярких слуховых галлюцинаций, овладевающих сознанием больного, иногда непрерывных, без критики, с недоступностью, аутизмом, негативизмом, но без определенного паранойяльного синдрома);

г) затяжной истерический галлюциноз, иногда с присоединением спутанности (яркие, разнообразные галлюцинации, живые, подвижные, поддерживающие бредовые идеи).

В 1926 г. П. Шредер предложил добавлять к термину «галлюциноз» прилагательное «вербальный», а в 1932 г. А. Клод и А. Эй разработали систематику галлюцинозов, основывающуюся на тех же критериях сохранения критичности, наличия или отсутствия бредового сопровождения и степени реалистичности. Е. А. Попов (1958) пишет, что, по определению французских психиатров, галлюциноз — это галлюцинации, к которым сохраняется критическое отношение, а по мнению немецких психиатров — это галлюцинации при ясном сознании. С. М. Корсунский (1936) выражает несогласие с приписываемыми галлюцинозам особенностями, к которым А. Клод и А. Эй относят сознательность и наличие субъективной логической оценки. Кроме того, он возражает против рассмотрения галлюцинозов в группе истинных галлюцинаций. О. П. Вертоградова (1969) также не включает галлюцинозы в группу истинных галлюцинаций. Наоборот, она не находит различий между галлюцинозом и псевдогаллюцинациями по отдельным критериям и признакам. Галлюциноз она относит к одной из форм параноидной шизофрении, считая, например, «экспансивную и систематизированную» парафрению протрагированным хроническим галлюцинозом. Ссылаясь на ряд французских авторов и прежде всего на Г. Клерамбо, О. П. Вертоградова полагает, что галлюцинозом можно называть псевдогаллюцинации, обладающие признаками множественности и отсутствием бреда, который лишь потом присоединяется.

Точка зрения о близости признаков галлюциноза и некоторых синдромов шизофрении совпадает с мнениями К. Леонгарда и К. Клейста. К. Леонгард (1959) с самого начала говорит о «дефектном галлюцинозе», который сопровождается бредом. В дальнейшем этот бред приобретает систематизированный характер, причем систематизация связана «с мышлением и личностью больного». Такой бред сопровождается выраженной аффективной реакцией с преобладанием отрицательных эмоций. К. Клейст (1919) рассматривает в рамках шизофрении «эндогенный галлюциноз», «прогрессирующий галлюциноз» и, по его мнению, близкий к ним «прогрессирующий вербальный галлюциноз Шнейдера».

О. П. Вертоградова и другие авторы, отстаивающие вышеуказанную точку зрения, для ее подтверждения приводят (на наш взгляд, не всегда обоснованно и нередко в отрыве от остального контекста) следующие высказывания ряда советских психиатров: между галлюцинозом и псевдогаллюцинациями нет существенных различий [Л. С. Гишелина и Р. Е. Люстерник, 1949]; при шизофрении галлюцинации сходны с галлюцинозами различного генеза (Г. М. Молчанов, 1958); слуховой галлюциноз часто встречается при шизофрении, причем выявляется связь между сюжетом галлюциноза и бредом [О. В. Кербиков, 1947; Е. Д. Соколова, 1966]; слуховой галлюциноз типичен не для любой формы шизофрении, а только шизофрении, отягощенной алкоголизмом (А. С. Кронфельд, 1940), или гретеровской формы шизофрении (Н. Н. Волков, 1948); галлюциноз и парафрения — понятия однозначные или, во всяком случае, галлюциноз нередко наблюдается в структуре парафрении [Н. С. Иванова, 1966; Н. Ф. Шахматов, 1968].

Расхождение взглядов в понимании термина «галлюциноз» обусловлено иногда тем, что мнения авторов, наблюдавших галлюцинозы при шизофрении, нередко приводятся без их оговорки о необходимости для возникновения галлюциноза экзогенных осложнений основного шизофренического процесса, такие оговорки, например, мы находим у Е. Блейлера (1920), О. Бумке (1936), А. Клода (1930), А. Эя (1932).

Противоречивому определению термина «галлюциноз» вполне соответствует неодинаковая, в отдельных случаях диаметрально противоположная квалификация критериев клинической оценки и признаков, характерных, по мнению разных авторов, для этого феномена. Например, сознание при галлюцинозе оценивается как непомраченное с сохранной ориентировкой [А. Барюк, 1959; К. Бонгеффер, 1909; К. Вернике, 1901; А. Клод и А. Эй, 1932] или, наоборот, измененное, суженное [К. Клейст, 1920; В. Майер-Гросс, 1928]; мышление — как интактное [Э. Я. Штернберг, 1959; А. Эй, 1957] или расстроенное, сопровождающееся феноменом идеаторного автоматизма (Г. Клерамбо, 1927); критика — как сохранная [А. Барюк, 1959; Е. Дюпре, 1911; А. В. Снежневский, 1970; С. А. Суханов, 1906; А. Эй, 1957] или нарушенная соответственно этапу эндогенного заболевания (Э. Крепелин, 1912); эмоции, аффект — как сохранные с благодушной реакцией (Г. Лермитт, 1922) или измененные (К. Вернике, 1900); сенсорность — как ярко выраженная [Э. Я. Штернберг, 1969; А. Эй, 1957] или с превалированием над яркостью множественности, ритмичности, наплывов, сменяемости [О. П. Вертоградова, 1969; П. Камю, 1911]; проекция — как внешняя в воспринимаемое пространство [К. Вернике, 1901; А. В. Снежневский, 1970; Э. Я. Штернберг, 1969] или внутренняя [Х. Берц, 1919; Х. Груле, 1932; К. Леонгард, 1959; П. Шредер, 1921], Бред при галлюцинозе, по мнению одних авторов, полностью отсутствует [Е. Дюпре, 1911; А. Эй, 1932] или присоединяется к галлюцинаторному феномену и имеет подчиненный характер [К. Вернике, 1900; А. В. Снежневский, 1970; С. А. Суханов, 1906], а по мнению других — предшествует галлюцинаторным переживаниям (К. Клейст, 1920) или сопровождает их.

Обозначение термином «галлюциноз» галлюцинаций, наблюдаемых при шизофрении, и в частности некоторых псевдогаллюцинаций признается все же немногими психиатрами. Большинство авторов этим термином обозначают феномен, наблюдаемый при экзогенно-органических заболеваниях или при шизофрении с экзогенно-органическим отягощением.

Так, термином «галлюциноз» обозначается галлюцинаторный феномен, возникающий при:

а) психозах интоксикационного и инфекционного генеза [В. А. Дьякова и Э. М. Залкинд, 1936];

б) психозах лекарственного и травматического генеза [С. Н. Бимц и П. Ф. Малкин, 1969; В. А. Гиляровский, 1949; Б. А. Морозов, 1941];

в) психотических переживаниях в клинике различных экзогенно-органических страданий (В. П. Осипов, 1923);

г) соматических заболеваниях и новообразованиях (А. С. Шмарьян, 1949);

д) прогрессивном параличе и сифилисе мозга [В. А. Гиляровский, 1949; К. А. Скворцов, 1933];

е) энцефалите и сосудистых поражениях мозга [М. О. Гуревич, 1949; Л. Л. Рохлин, 1941].

Разница в определениях термина «галлюциноз» нередко связана с тем, что различные школы и авторы при клинической оценке феномена, обозначаемого этим термином, используют главным образом только три критерия:

а) степень реалистичности (естественности) галлюцинаторного образа;

б) степень сохранности критики;

в) наличие бредового сопровождения (под которым обычно понимается не просто наличие в структуре психоза бреда, а наличие бреда, связанного с галлюцинациями сюжетно).

При этом нередко игнорируются такие существенные для оценки галлюцинаторного феномена критерии, как состояние сознания; наличие или отсутствие связи с нарушением мыслительного процесса; характер пространственного расположения галлюцинаторного образа и его связи с реальными предметами объективного окружения.

Недооценка последнего критерия особенно недопустима, поскольку еще со времени К. Вернике под галлюцинозом принято понимать не только множественные яркие галлюцинации, оцениваемые больным с элементами критичности и без бредового сопровождения, но галлюцинации, которые проецируются в воспринимаемое пространство и больше или меньше связаны с этим пространством.

Оценка пространственного расположения и ассимиляции объективным окружением при определении галлюцинозов нужна еще потому, что эти критерии дают основание выделить два вида галлюцинозов: истинные (близкие по характеру этого критерия к истинным галлюцинациям) и органические, или неврологические. Для такого разделения важна также оценка веры больного в действительное существование галлюцинаторного образа, характера его сочетания с другими психопатологическими симптомами, степени сенсорности, динамичности или статичности, стабильности или лабильности, единичности или множественности.

Сводное понятие «галлюциноз», относящееся к обоим его видам, включает феномены, объединенные, главным образом, однотипной характеристикой основных общих критериев клинической оценки галлюцинаций. Виды галлюциноза (истинный и органический) разделяются только с помощью основных частных критериев и вспомогательных признаков.

Учитывая все сказанное, сводным понятием «галлюциноз» можно определить галлюцинаторные феномены, возникающие вне помрачения сознания; наблюдаемые при отсутствии видимого расстройства мыслительного процесса; сопровождающиеся сохранностью критики до и после галлюцинирования и большей или меньшей критичностью в момент галлюцинирования; вызывающие адекватную эмоциональную и аффективную реакцию; локализующиеся всегда в экстрапроекции; не сопровождающиеся бредом или сочетающиеся с бредом, возникшим после галлюцинаций и зависимым от них сюжетно.

При галлюцинозе, таким образом, не «галлюцинация — дочь бреда» (А. Эй, 1934), а, наоборот, «бред — пасынок галлюцинации».

Теоретически можно полагать, что бредовые идеи, возникающие вне зависимости от галлюцинаций, являются собственно бредовыми («интеллек-

туальными», по выражению В. Х. Кандинского). Наоборот, идеи, возникшие в порядке трактовки галлюцинаций («чувственный бред», по выражению В. Х. Кандинского), отличаются не только по генезу, но и по существу, так как представляют собой «теорию» больного, разработанную им для объяснения существа переживаемых галлюцинаций. Нередко галлюцинации «подсказывают» содержание бреда, порождают его. Однако в этом случае существенную роль играет аффективная реакция больного на галлюцинации, например аффект страха.

Еще раз подчеркнем, что при возникновении всех видов галлюциноза обязательно наличие большей или меньшей органической патологии (органического заболевания мозга).

Галлюцинаторные образы при галлюцинозе могут характеризоваться большой сенсорной чувственной живостью, яркостью, перцептивной завершенностью, стабильностью, статичностью, малой динамичностью и немногочисленностью или реже множественностью, ритмичностью появления — «наплывами». Последние свойства некоторыми авторами не вполне справедливо относятся к обязательным признакам галлюцинозов.

Неоднородность характеристики при галлюцинозах таких критериев, как характер пространственной проекции, наличие ассимиляции объективной обстановкой, реалистичность и других позволяет сформулировать различия между органическими и истинными галлюцинозами.

Органический (неврологический) галлюциноз отличается проекцией в представляемое или воспринимаемое пространство, но всегда без ассимиляции окружающей обстановкой; отсутствием реалистичности (часто в виде микропсий и зоопсий); добродушным отношением больного к видéнию. Этот галлюциноз чаще всего представляет синдром, характеризующий основное органическое страдание (поражение мезенцефальной области зрительного рецептора и др.). Поэтому возникающая иногда дискуссия о правильности отнесения галлюцинозов к числу симптомов или синдромов не правомерна.

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

К понятию «галлюциноз» по генезу психических расстройств, при которых этот феномен наблюдается, и по характеру некоторых критериев и признаков клинической оценки примыкает понятие «псевдогаллюциноз», которое будет рассмотрено несколько ниже.

Определение понятия «синдром психического автоматизма»

В 1885 г. В. Х. Кандинский впервые описал клинические явления, которые много позднее в 1919—1927 гг. Г. Клерамбо систематизировал и назвал феноменом психического автоматизма. Анализ всех работ Г. Клерамбо, включая его заключительный доклад Парижской медицинской академии в 1930 г., свидетельствует о том, что в рамки синдрома психического автоматизма им включены все псевдогаллюцинаторные явления, которые за 40 лет до этого описал В. Х. Кандинский. Именно поэтому А. Л. Эпштейн (1929) и А. А. Перельман (1931) предложили назвать феномен психического автоматизма синдромом Кандинского—Клерамбо.

В своей монографии, ставшей классической, В. Х. Кандинский основное внимание уделяет феномену, названному им псевдогаллюцинацией. Клерамбо, хотя и не во всех работах, также ограничивает рамки феномена психического автоматизма явлениями, близкими к псевдогаллюцинациям.

Формулируя определение понятия «психический автоматизм», Г. Клерамбо в характеризующую этот феномен триаду включает чувственный, высший психический и двигательно-волевой компоненты:

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

б) высший психический автоматизм — перцептивные явления (слова, звучание мысли, надписи, лица 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.); феномены мнестического характера (исчезновение мыслей, задержки в мышлении, забывание, ложные воспоминания, гипермнезии);

в) явления аффективного и двигательно-волевого автоматизмов (различные дисфории, страхи, тревожное настроение, вспышки гнева, непонятные чувства симпатии и антипатии, чувство странной перемены в людях и вещах, окружающих больного). К волевому компоненту также отнесены: невозможность принимать решения, вынужденные решения, вынужденные гримасы и жесты, двигательные автоматизмы, различные гиперкинезы, задержки жестов и мимики, акинезы, 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 вышеперечисленных переживаний). По его мнению, синдром психического автоматизма свидетельствует о расстройстве синтеза, сознания и активности личности, что сближает этот синдром с деперсонализацией. Вместе с тем он полагает, что в основе явлений психического автоматизма лежит нарушение координированных церебральных сочетаний «аффективно-интенциальных импульсов», с одной стороны, с «импрессионно-мнестической и реактивно-двигательной деятельностью» — с другой. При этом А. А. Перельман подчеркивает, что для всего синдрома Клерамбо характерно чувство чуждости, в связи с чем А. Клод 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 автоматизмы.

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 им понимается «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 превращения в «автомат, находящийся в зависимости от внешних враждебных действий».

Г. Клерамбо и А. Клод, А. А. Перельман и А. А. Меграбян, А. В. Снежневский и другие авторы, изучавшие явления психического автоматизма, основным его компонентом считают чувства внешнего влияния, внешнего воздействия, посторонние, действующие извне силы. Подобные чувства сочетаются в сознании больного с чувством отчуждения элементов его собственной психической деятельности, на что указывал еще В. Х. Кандинский.

Основываясь на этом, некоторые психиатры, с одной стороны, относят к явлению 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 стороны, они 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» являются бред гипнотического очарования (В. М. Бехтерев, 1905), бред гипнотического влияния (С. Д. Владычко, 1912), синдром внушенных переживаний и воздействия (М. Райсфельд, 1935), ксенопатический синдром (П. Гиро, 1937), синдром психического воздействия (Е. Н. Каменева, 1957), псевдогаллюцинаторный синдром (Л. К. Хохлов, 1958).

Кроме того, нередко ставится знак равенства между синдромом психического автоматизма Кандинского—Клерамбо и псевдогаллюцинациями Кандинского. Все это позволяет некоторым авторам относить к псевдогаллюцинациям психотические симптомы, наблюдаемые при психозах: гипертонических, гриппозных, токсико-инфекционных, сифилитических и алкогольных (М. Г. Гулямов, 1963—1969), травматических (Е. С. Гайдай, 1969), ревматических (З. В. Полонская, 1969), бруцеллезных (Т. Е. Тощева, 1969), церебросклеротических и инволюционных (Ю. М. Бухман, 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 зависи-

мость появления синдрома от острых головных болей и соматического утяжеления. Подчеркивается также острое начало и критическое окончание синдрома психического автоматизма, отсутствие существенного нарушения мышления до и после него. Иначе говоря, псевдогаллюцинациями Кандинского названы феномены, при которых отсутствуют основные, указанные В. Х. Кандинским признаки: возникновение при непомраченном сознании и наличие интимной связи с предшествующим и последующим нарушением мышления.

По-видимому, наши знания о психической деятельности человека в норме и патологии, о роли бессознательного в этой деятельности и о психических автоматизмах нельзя признать достаточными. Поэтому мы воздерживаемся от категорических выводов по затронутым вопросам. Однако клинический опыт позволяет сомневаться в правильности тенденции ставить знак равенства между общим понятием «феномен психического автоматизма» и частным понятием «псевдогаллюцинации». Кроме того, по нашему мнению, в рамках изучаемого синдрома следует четко отграничивать галлюцинаторные и близкие к ним явления, возникающие при нормальном или гипнотическом сне и помрачении сознания, от таких же явлений, возникающих вне помрачения сознания. Используя термин А. А. Меграбяна, подчеркнем, что «деавтоматизация» в сфере восприятия, мышления, речи, действия при помраченном и непомраченном сознании принципиально различна и имеет разную патогенетическую сущность. Характер указанной деавтоматизации не идентичен также при истинных и псевдогаллюцинациях.

Многообразие симптомов, объединенных синдромом психического автоматизма, отличия параметров, характеризующих эти симптомы, и их генеза делают необоснованной постановку вопроса о нозологической специфичности названного синдрома в целом. Наряду с этим отдельные симптомы при их четкой квалификации могут рассматриваться в качестве относительно специфичных для тех или иных психозов. Такой относительной специфичностью, в частности, по нашему мнению, обладают псевдогаллюцинации, если их понимать только так, как понимал В. Х. Кандинский.

Определение понятия «галлюциноиды»

За последние 70 лет термин «галлюциноиды» использовался, главным образом, для обозначения психопатологических феноменов, отличающихся от истинных галлюцинаций чаще незавершенностью, недостаточной полнотой оформления, недоразвитостью. Все авторы, применявшие этот термин, вкладывали в него различное, незначительно или существенно отличающееся друг от друга содержание.

В. Х. Кандинский (1885) упоминает термин «галлюциноиды» в качестве возможного синонима термина «псевдогаллюцинации». Р. Мург (1913) обозначает этим термином нереалистичные галлюцинации, такие, про

которые больные говорят, что они им кажутся. В. П. Осипов (1923) к галлюциноидам причисляет звучание мыслей, двойное мышление, мысленное говорение, подсказывание мыслей, повторение мыслей, насильственное мышление, насильственное говорение, беззвучные голоса, мысленные голоса, речь души, а также ощущение, что кто-либо иннервирует язык, заставляя его двигаться помимо желания и участия больного (галлюциноиды мышечного чувства). Считая, что галлюциноиды обычно не сопровождаются нарушением эмоциональной сферы и сознания, В. П. Осипов полагает, что они выходят за область галлюцинаций и в известной степени сближаются с тем, что подразумевал Г. Байарже (1842) под психическими галлюцинациями, а В. Гризингер (1867) — под чрезвычайно живыми представлениями. То есть в число галлюциноидов В. П. Осипов включает все те феномены психического автоматизма, которые В. Х. Кандинский называет псевдогаллюцинациями. Псевдогаллюцинации же определяются им как следствие галлюцинаторного процесса, не достигшего в своем развитии предела, необходимого для получения истинной галлюцинации. Е. А. Попов (1941) к галлюциноидам относит феномены, которые он считает промежуточными (между нормальными представлениями и представлениями, переживаемыми как восприятия галлюцинаций), непрерывно развивающимися, переходящими друг в друга. В их число, по его мнению, входят эйдетизм, псевдогаллюцинации, внутренние голоса, сделанные мысли, беззвучные голоса, звучание мыслей и многое другое. Он рассматривает все эти феномены как связанные друг с другом стадии развития галлюцинаций, как отдельные звенья непрерывной цепи, соединяющие представления и патологические восприятия. Называя галлюциноиды недоразвитыми, неполными, несовершенными галлюцинациями, Е. А. Попов относит к ним псевдогаллюцинации и считает, что все эти промежуточные феномены характеризуются отсутствием пространственной проекции, но, развиваясь, приводят к полным, совершенным (истинным) галлюцинациям. В его понимании развитие и регресс истинных галлюцинаций идет так: представления — галлюциноиды — истинные галлюцинации — галлюциноиды — представления. Г. К. Ушаков (1969) под термином «галлюциноиды» понимает совершенно иной феномен, обозначая этим термином зрительные галлюцинации, возникающие днем вне связи со сном, но при закрытых глазах, на темном фоне и наблюдаемые им у стеничных психически здоровых людей в период соматогенно-обусловленной астении. Галлюциноиды в его представлении у разных больных или в разное время бывают статичными и динамичными, объемными и плоскими, красочными и черно-белыми, контурированными и без контуров, содержательными и бессмысленными. Все они длятся мгновенья, не вызывают чувства страха, беспокойства, сопутствующих вегетативных реакций, эмоционально нейтральны. Эти феномены не сопровождаются чувством реальности, но нередко обладают всеми признаками реальности, в частности пространственно-телесной живостью. Галлюцинаторные образы здесь не зависят от установки глаза, и пациенты могут следить за ними без ощущения экстрапроекции. Однако тенденция к экстрапроекции имеется, так как зрительный образ двигается в трех плоскостях. По мнению Г. К. Ушакова, галлюциноиды отличаются от псевдогаллюцинаций Кандинского, а также от истинных галлюцинаций, галлюцинозов и эйдетических последовательных образов.

В ряде терминологических словарей промежуточные феномены, близкие к галлюциноидам, именуются аделоморфными галлюцинациями.

Отсутствие общепризнанной дефиниции термина «галлюциноиды» позволяет нам вложить в этот термин иное содержание.

Галлюциноидами мы называем неполные псевдогаллюцинации, то есть феномены, промежуточные между истинными и псевдогаллюцинациями. Характеризуясь возникновением при непомраченном сознании и наличием интимной связи с патологией мышления, экстрапроекцией и отсутствием прямой зависи-

мости 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» с невозможностью разобрать, мужской он или женский, слышимый извне, но без определенного содержания и локализации в пространстве.

Определение понятия «псевдогаллюцинации»

В. Х. Кандинский (1849—1889 гг.) начал целенаправленное изучение галлюцинаций, и в частности псевдогаллюцинаций, почти одновременно с завершением работы о заболевании «идеофрения», которое мы теперь называем шизофренией. Уже в 1880 г. в «Медицинском обозрении» (т. 13) и в 1881 г. в немецком журнале «Архив психиатрии и нервных болезней» вышла его статья «Учение о галлюцинациях». В этой статье, как отмечает Л. Л. Рохлин (1971), автор провел критический разбор немецкой литературы о галлюцинациях, поддержал «подкорковую теорию» происхождения галлюцинаций, выделил интеллектуальный и чувственный виды бреда.

В 1885 г. в журнале «Медицинское обозрение» (т. 23) была напечатана статья В. Х. Кандинского «Критические и клинические соображения в области обманов чувств». В этом же 1885 г. в Германии вышла в свет книга с аналогичным названием. Она содержала два этюда: «Предварительные замечания» и «Псевдогаллюцинации». В нашей стране монография «О псевдогаллюцинациях (критико-клинический этюд)» без вступительной главы издана после смерти автора в 1890 г. и переиздана через шестьдесят с лишним лет — в 1952 г.

В планы В. Х. Кандинского, которым, к сожалению, не суждено было осуществиться, входило, по собственному его признанию, написание целого ряда очерков, совокупность которых должна была бы объять собою все учение об обманах чувств. В своих статьях и монографии В. Х. Кандинский использовал предложенный в 1868 г. Ж. Гагеном термин «псевдогаллюцинация», вкладывая в него, однако, совершенно иное содержание. Он отмечал, что Ж. Гаген относит к псевдогаллюцинациям не галлюцинаторные феномены, а переживания, близкие к представлениям, включая в их число:

а) бред с яркими представлениями и фантазией, живой, образный бред без чувственного компонента;

б) обманы восприятия, воспоминания прежних представлений;

в) все, что нельзя отнести к галлюцинациям: своеобразные состояния, при которых, продолжая воспринимать действительный внешний мир, сознание вместе с тем фиксирует отдельные образы, к реальному миру не относящиеся, в том числе переживания, близкие к сновидениям.

Много позднее, характеризуя отличие взглядов В. Х. Кандинского и Ж. Гагена, В. А. Гиляровский (1949), С. С. Корсаков (1901), В. П. Осипов (1916) отметили, что Ж. Гаген под псевдогаллюцинациями понимает феномены, которые ошибочно могут быть приняты за галлюцинации, а также случаи, при которых вымысел, воображение переносятся в действительные переживания. Подчеркивая, что псевдогаллюцинации в том смысле или по крайней мере в том объеме, как в его работе, не были еще никем описаны,

В. Х. Кандинский отрицает их идентичность психическим галлюцинациям Байарже или сходство с фантазмами Мейера и псевдогаллюцинациями Гагена.

Начиная с 1885 г. термин «псевдогаллюцинация» психиатры всего мира понимают в соответствии с воззрениями В. Х. Кандинского и согласно сформулированному им определению.

В. Х. Кандинский так формулирует определение понятия «псевдогаллюцинация»: «...то, что я называю настоящими псевдогаллюцинациями, есть весьма живые и чувственно до крайности определенные субъективные восприятия, характеризующиеся всеми чертами, свойственными галлюцинациям, за исключением существенного для последних характера объективной действительности; только в силу отсутствия этого характера они не суть галлюцинации»*. В другом месте читаем: «...Псевдогаллюцинация при ненарушенном восприятии внешних впечатлений настолько же далека от галлюцинации, насколько (независимо от различия в интенсивности) вообще представление воспоминаний или фантазии далеко от непосредственного восприятия...»**. При этом несколько раз им указывается на то, что псевдогаллюцинации — это являющиеся в сознании живые образы (чувственные представления), сознаваемые как «нечто субъективное, аномальное, новое»: быстро сменяющиеся при закрытых глазах яркие образы, не связанные друг с другом, непроизвольные.

Перечисленные признаки в разных сочетаниях и контекстах входят во все дававшиеся в дальнейшем определения псевдогаллюцинаций.

Наиболее показательной в этом отношении может быть комплексная характеристика псевдогаллюцинаций, приводимая К. Ясперсом (1923). По его мнению, псевдогаллюцинации лишены вещественности и появляются неожиданно во внутреннем субъективном пространстве (перед внутренним взором) законченным рисунком во всех деталях — со всеми мельчайшими подробностями и штрихами чувственного изображения; они не сразу расплываются, удерживаются как стойкие феномены и чаще всего исчезают внезапно. Далее К. Ясперс подчеркивает, что псевдогаллюцинации не могут произвольно продуцироваться или изменяться (больной противостоит им рецептивно и пассивно), причем эти феномены не являются обычными, распространенными.

В монографии В. Х. Кандинский дает психопатологическую оценку отдельных свойств псевдогаллюцинаций. Эти свойства включены нами в число основных критериев оценки и вспомогательных признаков галлюцинаций. Почти за 100 лет истории учения о псевдогаллюцинациях разными психиатрами, главным образом отечественными, было высказано множество соображе-

---

* В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 145.

** Там же, с. 121—122.

ний о свойствах, признаках, критериях этого феномена. Чаще эти высказывания трактуют, детализируют, дополняют взгляды В. Х. Кандинского, а в отдельных случаях противоречат им.

Попытаемся осветить мнения В. Х. Кандинского и ряда его последователей о некоторых основных критериях клинической оценки псевдогаллюцинаций.

Состояние сознания и псевдогаллюцинации. В. Х. Кандинский, как было показано ранее, подчеркивает сохранность сознания во всех случаях псевдогаллюцинаций, за исключением гипнагогических и продолжающихся при онейроидных состояниях. Он отмечает, что, в отличие от кортикальных галлюцинаций и сновидений, сопровождающихся отрешением больного от действительности «сознанием», при псевдогаллюцинациях больной отрешается от действительности «вниманием».

По нашему мнению, это означает, что при констатации взаимосвязи между галлюцинаторными переживаниями, имеющими феноменологическое сходство с псевдогаллюцинациями и экзогенно-обусловленным помрачением сознания, речь идет об ином явлении, не равнозначном псевдогаллюцинациям Кандинского. Причем взаимосвязь здесь понимается как установление четкого параллелизма между помрачением сознания и характеризующимися интрапроекцией галлюцинациями с прямой зависимостью их возникновения, развития, исчезновения от помрачения и прояснения сознания. В клинической практике, однако, встречаются случаи возникновения галлюцинаций с интрапроекцией не при явном помрачении сознания, а при его эпизодическом частичном нарушении, сужении или изменении, связанном с фазами сна. В подобных случаях удается установить несомненную зависимость появления галлюцинаций с интрапроекцией от вечернего и ночного времени или, например, развития и окончания гипертонического криза и других сосудистых эксцессов. При этом до появления и после исчезновения галлюцинаторных переживаний не удается выявить характерного для шизофрении, протекающей с псевдогаллюцинациями, нарушения мышления. Нет также бредового сопровождения и некритичности вне галлюцинирования. Все это кардинально отличает указанные феномены от псевдогаллюцинаций Кандинского, возникающих не только при непомраченном сознании, но и при единстве непомраченного сознания с типичным расстройством мышления, обычно некритичностью и бредом.

Состояние мышления и псевдогаллюцинации. Представление В. Х. Кандинского о патогенетической связи псевдогаллюцинаций с патологией мышления в известной степени отражено в следующих высказываниях: «...все мышление больного, уже вышедшее из пределов нормальной логики, совершается в пластической, образной форме, и ...пластическая

чувственность бреда сумасшедших соткана из ложных представлений, ...образов, фантазии и псевдогаллюцинаций...»*.

Таким образом, подчеркивается наличие непосредственной интимной связи элементов мышления и мышления в целом с псевдогаллюцинациями.

В отношении феномена, названного В. Х. Кандинским псевдогаллюцинациями, Хольбей, как упоминает М. Г. Гулямов, удачно сказал, что это явления, «написанные в мыслях» словами.

Не менее четко высказался И. А. Сикорский (1910), отметивший, что псевдогаллюцинации — это «продукт ума», требующий внутреннего внимания в отличие от истинных галлюцинаций, зависимых от внешнего внимания. А. Клод (1930) считает, что псевдогаллюцинации обусловлены патологическим нарушением мышления и неотделимы от бредовых психозов.

Состояние критики и псевдогаллюцинации. Оценивая состояние критики при возникновении псевдогаллюцинаций, следует иметь в виду, что больной отличает предметы, явления, действия, объективно существующие, и псевдогаллюцинации, объективно не существующие. Вместе с тем факт появления псевдогаллюцинаций и их содержание, как правило, некритично воспринимаются больным с чувством постороннего влияния, сделанности и бредовой трактовкой. Чувство сделанности при этом поддерживается характерными для псевдогаллюцинаций чувствами чуждости, навязчивости. Навязчивость В. Х. Кандинский считает характерным, но не обязательным свойством псевдогаллюцинаций.

Чувство объективной реальности и псевдогаллюцинации. Весьма существенным следует признать мнение В. Х. Кандинского об отсутствии при псевдогаллюцинациях чувства объективной реальности. В «Теоретических заключениях» монографии он пишет, что псевдогаллюцинаторные образы сами по себе не обладают характером объективности. Это положение неоднократно повторяется в работах многих психиатров.

Так, например, Ф. Е. Рыбаков (1916) пишет, что феномен псевдогаллюцинации отличают более яркое выражение процесса реперцепции по сравнению с представлениями и отсутствие надлежащей объективности, реальности по сравнению с галлюцинациями. Об оценке больным переживаний при псевдогаллюцинациях как «недействительных» говорит В. П. Сербский (1906), необоснованно признающий чувство недействительности псевдогаллюцинаций идентичным чувству насильственности их возникновения. Обязательное отсутствие чувства объективной реальности при псевдогаллюцинациях подчеркивают также В. А. Гиляровский (1949), О. В. Кербиков (1949), А. А. Перельман (1959), Л. Л. Рохлин (1971), А. В. Снежневский (1958) и др.

Однако указанное положение возводится иногда в категорическое утверждение о том, что все случаи, при которых больной понимает необъективность галлюцинаторного образа, должны

* В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 95, 96.

рассматриваться в качестве псевдогаллюцинаций. Согласиться с этим нельзя, так как оценка больным объективности галлюцинаторных переживаний не всегда определяет их квалификацию. Больные нередко рассказывают о галлюцинациях, феноменологически ничем не отличающихся от воспринимаемых объектов, ассимилирующихся объективным окружением и вместе с тем оцениваемых ими как объективно не существующие. Несмотря на такую оценку, указанные феномены не перестают быть истинными и не становятся псевдогаллюцинациями. Следовательно, если для псевдогаллюцинаций обязательно отсутствие чувства объективной реальности, то отсутствие такого чувства не всегда указывает на псевдогаллюцинаторный характер переживания.

Критерий объективной реальности галлюцинаторного образа иногда заменяется признаком телесности (К. Ясперс, 1923). Причем этот признак выдвигается в качестве абсолютно разделяющего истинные и псевдогаллюцинации. Однако, если псевдогаллюцинации всегда лишены телесности, то не все истинные галлюцинации телесны, поскольку в воспринимаемом пространстве могут видеться прозрачные галлюцинаторные образы, имеющие контуры, не загораживающие реальные предметы, но связанные интимно с ними (например, прозрачный образ человека, входящего в дверь, влезающего в окно, и т. п.).

Проекция галлюцинаторного образа и псевдогаллюцинации. Немало споров возникает по поводу значения оценки проекции галлюцинаторных образов при квалификации псевдогаллюцинаций. Характер проекции галлюцинаторного образа считают существенным для разделения истинных и псевдогаллюцинаций В. А. Гиляровский (1936), В. П. Осипов (1923), Е. А. Попов (1941), В. И. Руднев (1911), И. Ф. Случевский (1957), А. В. Снежневский (1968), Г. К. Ушаков (1969) и многие другие авторы. Так, А. В. Снежневский отмечает, что в противоположность истинным галлюцинациям псевдогаллюцинации, как правило, не проецируются вовне, в мир реальных вещей и явлений, а ограничиваются сферой представлений (возникают внутри головы).

Одни авторы полагают, что для псевдогаллюцинаций характерна внутренняя проекция или такая внешняя проекция, при которой галлюцинаторный образ неразрывен со взором больного (то есть больной не может от него отвернуться). Эти авторы ссылаются на ряд крупных исследователей прошлого, часто употреблявших для характеристики псевдогаллюцинаций выражения: «видятся внутренним оком», «слышатся внутренним ухом». Другие авторы считают, что многие псевдогаллюцинации имеют внешнюю проекцию. Наконец, третьи полагают, что оценка характера проекции не имеет значения при квалификации псевдогаллюцинаций. Основное, по их мнению, заключается в наличии отмеченного выше чувства внешнего влияния, внеш-

него воздействия, а проекция может быть как внутренней, так и внешней.

Обобщая ряд высказываний и свои наблюдения, Е. Д. Соколова (1969) выделяет три вида псевдогаллюцинаций слуха в зависимости от характера проекции галлюцинаторных образов и наличия бредового сопровождения:

а) псевдогаллюцинации, слышимые внутри головы и сопровождающиеся чувством сделанности;

б) псевдогаллюцинации с внешней проекцией, слышимые из определенного места пространства, но сопровождающиеся чувством сделанности, необычные, не похожие на реальные;

в) псевдогаллюцинации, характеризующиеся интрапроекцией, но без чувства сделанности и без бредового сопровождения.

Примерно подобное разделение принимается рядом психиатров в отношении зрительных псевдогаллюцинаций.

Сторонники каждой из перечисленных точек зрения обращаются к В. Х. Кандинскому для обоснования своих взглядов и частично находят искомое обоснование. Обратимся и мы к нему.

Если слуховые псевдогаллюцинации, по его мнению, обычно локализуются в голове, то зрительные всегда имеют экстрапроекцию. В теоретическом заключении он совершенно определенно указывает на пространственное (во внешней проекции) расположение псевдогаллюцинаторных образов. При этом подчеркивается пространственный характер «образов воспоминания и фантазии» в норме: «Мне кажется, всякий, у кого способность чувственного представления не чересчур слаба, должен согласиться, что зрительные образы, воспоминания и фантазии проецируются в пространство и что с ними нераздельно связаны различные представления отношений места. Я могу весьма хорошо вызвать в своем воображении представление перспективы и телесности, представить себе, например, длинную, далеко вглубь уходящую колоннаду с человеческими фигурами, находящимися на различном расстоянии от моего умственного ока»*.

Аналогично, по мнению В. Х. Кандинского, должен оцениваться пространственный характер зрительных псевдогаллюцинаций: «...в результате возбуждения чувственных центров коры в сознании являются образы, имеющие все свойства первичного чувственного представления, за исключением лишь объективности последнего. Так, зрительные воспроизведенные образы пространственны, потому что наши представления возможны вообще только в одной из двух форм восприятия (пространство и время), а зрение и есть чувство, воспринимающее пространство; эти образы непременно «проецируются наружу» в силу

* В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 126.

привычного для нас зрения открытыми глазами, когда акт собственно совершается вне нас, на самих предметах»*.

Следует отметить, что в монографии «О псевдогаллюцинациях» оценка локализации галлюцинаторного образа («внутренняя» и «внешняя» проекции) приводится реже, чем указание на способ восприятия этого образа. По нашему мнению, оценивая характер проекции при псевдогаллюцинациях, правильнее говорить не об интрапроекции галлюцинаторных образов, а об отсутствии проекции в воспринимаемое пространство и ассимиляции им или об отсутствии чувства объективности галлюцинаторного образа.

Рецепторная зависимость (способ восприятия галлюцинаторного образа) и псевдогаллюцинации. В монографии В. Х. Кандинского «О псевдогаллюцинациях» несколько раз обращается внимание читателя на необходимость во всех случаях дифференцировать даваемую больным субъективную оценку способа восприятия псевдогаллюцинаторного образа. Такой подход нужен, по мнению автора монографии, потому, что больные не всегда могут разобраться, как «видится» кажущийся образ, глазами или головой: «В... стабильных псевдогаллюцинациях душевнобольных зрительный образ сам собой является перед внутреннозрящим субъектом и, помимо воли последнего и без всякого в нем чувства внутренней деятельности, приводится в определенное пространственное отношение к действительному положению индивидуума в данную минуту. От этого восприемлющему субъекту может показаться, что он здесь видит больше глазами, чем головой»**.

Примерно то же сказано о слуховых галлюцинациях: больные «...объясняют, что здесь они слышат ухом не телесным, а духовным или внутренним, и ... при слуховых псевдогаллюцинациях больные по непосредственному чувству знают, что источник голосов находится во внутреннем существе их самих; отсюда и выражения: «внутренние голоса», «слышание духом», «язык души»***.

Следовательно, для псевдогаллюцинаций достаточно типичны их фактическая независимость от рецепторных органов и чувство непосредственного восприятия «головой, мозгом».

Сенсорность псевдогаллюцинаций. Меньшую интенсивность псевдогаллюцинаторных, чем галлюцинаторных, образов отмечают М. Г. Гулямов (1968), Н. А. Гранская (1927), А. К. Стрелюхин (1948). Наоборот, на чувственность и яркость псевдогаллюцинаций без их связи с реальной действительностью указывают В. Х. Кандинский (1952), В. А. Гиляровский (1954).

---

* В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 74.

** Там же, с. 133.

*** Там же, с. 83, 84.

По поводу различий между истинными и псевдогаллюцинациями следует добавить, что истинные галлюцинации вечером и ночью возникают чаще, чем утром и днем. Псевдогаллюцинации, как правило, не меняют интенсивности в течение суток. Кроме того, содержание псевдогаллюцинаций меньше сказывается на внешнем облике, мимике и поведении галлюцинанта, чем сюжет истинных галлюцинаций. При последних в большей степени выражена социальная значимость галлюцинаторного сюжета, поскольку больной считает, что этот сюжет воспринимают также все окружающие. Все сказанное выше свидетельствует о том, что определение понятия «псевдогаллюцинация» не может быть однозначным.

Принимая в качестве исходного определение псевдогаллюцинаций, данное В. Х. Кандинским, с дополнениями и детализацией, предлагаемыми другими отечественными психиатрами, можно сформулировать следующее сводное определение псевдогаллюцинаций: псевдогаллюцинация — психопатологический феномен, возникающий вне помрачения сознания*, интимно связанный, не разделимый со стойким расстройством мышления (иногда не отличимый 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.

Бред, сочетающийся с псевдогаллюцинациями, может по времени возникновения предшествовать им (тогда он не обязательно связан с ними сюжетно) и появляться одновременно с псевдогаллюцинациями или тотчас после них (тогда он чаще всего связан с ними сюжетно).

---

* За исключением случаев, при которых псевдогаллюцинации предшествовали возникновению онейроидного синдрома и сохранялись в его структуре.

Определение понятия «психические галлюцинации»

Понятие «психические галлюцинации» в последние десятилетия редко используется в психиатрической литературе и еще реже применяется в практике при описании психического статуса или при психопатологическом анализе наблюдения. Феномен, соответствующий этому понятию, впервые описал Г. Байарже (1842) и затем подверг тщательному анализу В. Х. Кандинский (1885).

Г. Байарже пишет: «Необходимо признать, что существует два рода галлюцинаций: полные галлюцинации производятся двумя моментами, они суть результат совместной деятельности воображения и органов чувств: это — психосенсориальные галлюцинации; другого рода галлюцинации происходят единственно от непроизвольной деятельности памяти и воображения и являются совершенно независимыми от органов чувств; это — неполные или психические галлюцинации, в них вовсе нет сенсориального элемента»*. Далее подчеркивается, что при психических галлюцинациях больные не испытывают ничего похожего на восприятия слуховые, они слышат мысль без посредства звука, слышат «тайный внутренний голос», не имеющий ничего общего с голосами, воспринимаемыми при посредстве уха, они ведут со своими невидимыми собеседниками интимные разговоры, в которых чувство слуха положительно не играет никакой роли. Больные говорят, что они одарены шестым чувством, что они могут воспринимать чужие мысли без посредства слов, что они могут иметь духовное общение со своими невидимыми собеседниками, причем понимают последних посредством интуиции. В. Х. Кандинский приводит вывод Г. Байарже о том, что нельзя говорить о «голосах», если явление совершенно чуждо чувству слуха и происходит в глубинах души.

В. Х. Кандинский подтверждает существование галлюцинаций, при которых больные уверяют, что слышат беззвучно (иногда с очень больших расстояний), «посредством индукции», мысли других лиц, что они могут вести со своими невидимыми собеседниками интеллектуальные разговоры, «вступать своей душой в общение с душами этих лиц», слышать гениальные, таинственные или внутренние «голоса». Вместе с тем он подчеркивает, что признаки психических галлюцинаций существенно отличаются от признаков псевдогаллюцинаций: «Устанавливая факт существования психических галлюцинаций, Байарже указывал именно на «внутренние голоса» душевнобольных. Однако, внимательно читая о психических галлюцинациях у Байарже, нетрудно убедиться, что он скорее дает описание простого (то есть нечувственного) насильственного мышления, чем тех живо чувственных субъективных восприятий, которые я называю псевдогаллюцинациями слуха»**.

«Таким образом, описание Байарже, — заключает В. Х. Кандинский, — приложимо к тому, что некоторые из моих больных называют «мысленные внушения», «мысленная индукция» и что они отличают от «внутреннего слышания», от «внутреннего слухового внушения» или от «внутренней слуховой индукции»; первое из этих явлений имеет характер действительно чисто интеллектуальный, и органы чувств, в частности орган слуха, здесь нимало не замешаны. Напротив, во втором случае мы имеем дело с явлением резко чувственным, с особого рода весьма живыми и именно слуховыми субъективными восприятиями, местом происхождения которых могут быть только специально слуховые области головной мозговой коры»***.

---

* Цитируется по: В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 31.

** Там же, с. 87

*** Там же, с. 88.

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

Если для возникновения псевдогаллюцинаций чувства постороннего влияния, внешнего воздействия, сделанности типичны, но не обязательны (встречаются исключения), то для психических галлюцинаций наличие этих чувств обязательно и исключений не бывает. Кроме того, отделяет психические галлюцинации от псевдогаллюцинаций (только отделяет, а не принципиально отличает) отсутствие при них элементов сенсорности, то есть связи с каким-либо конкретным чувствованием. Учитывая это обстоятельство, некоторые авторы называют психические галлюцинации парасенсорными.

Вместе с тем отличие психических галлюцинаций от псевдогаллюцинаций оказывается только феноменологическим, а не принципиальным и не затрагивает основных (общих и частных) критериев клинической оценки.

Приведенный вывод вполне согласуется с мнением В. Х. Кандинского. Так, обращая внимание читателя на то, что псевдогаллюцинации в его описании, в отличие от психических галлюцинаций Г. Байарже, значительно более полно, глубоко и под иным углом зрения отражают сущность феномена, он не видит принципиального клинического различия между этими психопатологическими явлениями. В первой главе монографии сказано, что психические галлюцинации Байарже суть лишь одна из частных форм псевдогаллюцинаций в подлинном смысле этого слова. Эта же мысль детализирована в «Резюме» к монографии: «Психические галлюцинации Байарже всего ближе подходят к тому, что я называю псевдогаллюцинациями, но Байарже, в лучшем случае, знал лишь одни слуховые псевдогаллюцинации, причем, однако, ошибочно лишал этого рода субъективные восприятия всякого чувственного характера; кроме того, Байарже был далек от мысли дать своим психическим галлюцинациям то теоретическое значение, какое я придаю теперь псевдогаллюцинациям»*.

Патокинетические соотношения между истинными и псевдогаллюцинациями при шизофрении

К одному из спорных вопросов учения о галлюцинациях относится вопрос о возможности взаимного превращения истинных и псевдогаллюцинаций при шизофрении.

---

* В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях, М., 1952, с. 145.

Клиническими фактами, подтвержденными и нашими многочисленными наблюдениями, следует считать возможным как одновременное наличие в психическом статусе больных шизофренией истинных и псевдогаллюцинаций, так и последовательное появление при развитии психоза псевдогаллюцинаций после галлюцинаций истинных и истинных галлюцинаций после псевдогаллюцинаций. Последовательное появление в процессе развития психоза одних или других психопатологических феноменов не доказывает, однако, возможности взаимного превращения этих феноменов друг в друга.

Определение возможности или невозможности взаимного превращения истинных и псевдогаллюцинаций в любом варианте имеет теоретическое (в плане изучения патогенеза—определения уровня поражения) и практическое (диагностическое) значение.

Поэтому изучением указанного вопроса занимались многие авторы. Причем высказывания видных психиатров по этому поводу не столько противоречат одно другому, сколько противоречивы у каждого из них. Так, например, В. П. Осипов (1923) считает галлюциноиды истинными галлюцинациями и вместе с тем указывает на возможность перехода истинных галлюцинаций в галлюциноиды. Такое же противоречие встречается у Е. А. Попова (1941), допускающего возможность взаимных переходов галлюциноидов и истинных галлюцинаций.

С приведенными мнениями согласиться нельзя, так как анализ характера патологического творчества и степени связи с патологией мышления выявляет более глубокий уровень поражения при галлюциноидах и псевдогаллюцинациях, чем при галлюцинациях истинных. Поэтому появление в клинической картине псевдогаллюцинаций свидетельствует о качественном сдвиге, возникшем в процессе дальнейшего развития психоза. Возможность взаимных переходов от представлений к эйдетическим образам и от них к псевдогаллюцинациям, а от псевдогаллюцинаций к истинным галлюцинациям, допускаемая Е. А. Поповым, обусловлена особой трактовкой феномена, который он назвал «галлюциноидом» в отличие и частично взамен термина «псевдогаллюцинации» (о чем говорилось ранее).

Противоречивые, иногда противоположные суждения о возможности взаимных превращений различных видов галлюцинаций высказывают и другие авторы [Н. А. Гранская, 1927; А. С. Познанский, 1936; С. П. Рончевский, 1935]. Несколько иначе подходит к интересующему нас вопросу В. Х. Кандинский, который в выводах к монографии «О псевдогаллюцинациях» (п. 15) допускает возможность «получения» истинных галлюцинаций из «псевдогаллюцинаций» только при условии помрачения сознания с предшествовавшими ему в картине психоза псевдогаллюцинациями и подчеркивает (имея в виду случаи,

при которых не наступает помрачения сознания), что «псевдогаллюцинация не может превратиться в галлюцинацию».

Клиническим подтверждением возможности взаимного превращения, трансформации истинных и псевдогаллюцинаций (а не последовательного их возникновения) могли бы быть, как мы полагаем, наличие прямой непрерывной сюжетной связи между предшествовавшими и последующими галлюцинациями разного типа или появление переходных форм между теми и другими феноменами, а также взаимное проникновение признаков одних феноменов в другие в виде отдельных включений.

Большинство наших наблюдений показывает, что при развитии шизофренического психоза психопатологическая симптоматика либо ограничивается наличием истинных галлюцинаций (без последующего возникновения псевдогаллюцинаций), либо проявляется в виде псевдогаллюцинаций (без предшествовавшего и последующего возникновения истинных галлюцинаций), либо, наконец, содержит одновременно возникающие, не связанные друг с другом сюжетно истинные и псевдогаллюцинации.

В ряде случаев, однако, поступательное развитие психоза выражается в том, что сначала появляются истинные галлюцинации, а затем не связанные с ними по содержанию псевдогаллюцинации. Такая последовательность возникновения истинных и псевдогаллюцинаций вполне правомерна, поскольку при псевдогаллюцинациях степень, глубина, патология мышления больше, чем при галлюцинациях истинных. Отсюда возникновение псевдогаллюцинаций после истинных свидетельствует о дальнейшем развитии патологического процесса и углублении уровня поражения.

Иначе говоря, патогенетические стадии развивающегося психоза создают условия для возникновения на разных этапах различных галлюцинаторных феноменов без их взаимной трансформации. Это означает, что причинно-следственную связь можно усмотреть между каждым этапом болезни и галлюцинациями, возникающими на этом этапе, а не между различными усложняющимися галлюцинаторными феноменами. Не истинные галлюцинации, например, являются причиной возникновения галлюциноидов и псевдогаллюцинации не возникают в процессе дальнейшего развития галлюциноидов, а каждый из этих феноменов оказывается следствием патологических нарушений, соответствующих данному этапу болезни. Об этом свидетельствуют наблюдавшиеся нами у одних и тех же больных промежуточные феномены (галлюциноиды), отмеченные по времени появления между истинными и псевдогаллюцинациями и не связанные сюжетно ни с теми, ни с другими.

Возникновение истинных галлюцинаций после предшествовавших псевдогаллюцинаций мы наблюдали, как правило, только при присоединившемся (в процессе развития психоза) воздействии экзогенных вредностей. При этом, если экзогенные

вредности не вызывали помрачения сознания, то истинные галлюцинации, возникшие после псевдогаллюцинаций, обычно сюжетной связи с ними не имели. Если же наступало помрачение сознания, то такую сюжетную связь между галлюцинациями помраченного сознания и псевдогаллюцинациями удавалось установить. Так, при возникновении у больных шизофренией с вербальными псевдогаллюцинациями в структуре психоза экзогенно обусловленного (алкоголь, другая интоксикация) помрачения сознания с вербальным галлюцинозом этот галлюциноз иногда оказывается сюжетно связанным с содержанием прежних псевдогаллюцинаций. После купирования наслоившегося экзогенного психоза вербальный галлюциноз исчезает, а псевдогаллюцинации сохраняют прежний характер.

Приведенные наблюдения полностью совпадают с положениями В. Х. Кандинского о необходимости помрачения сознания для возникновения галлюцинаций, сюжетно связанных с предшествовавшими псевдогаллюцинациями, то есть о трансформации псевдогаллюцинаций в истинные при помрачении сознания, и о невозможности прямого превращения псевдогаллюцинаций в истинные галлюцинации без помрачения сознания.

Наблюдаемое иногда появление истинных галлюцинаций, сюжетно связанных с предшествовавшими псевдогаллюцинациями и бредом, мы объясняем аутосуггестивным механизмом возникновения, что не противоречит сказанному выше о более глубоком уровне патологии нарушения мышления при псевдогаллюцинациях по сравнению с галлюцинациями истинными.

Аутосуггестивный механизм возникновения галлюцинаций можно представить себе в случаях, при которых развитие психоза характеризуется появлением псевдогаллюцинаций, затем бреда и потом истинных галлюцинаций, или бреда и истинных галлюцинаций без предварительных псевдогаллюцинаций, но при обязательном сюжетном совпадении всех симптомов. Патокинез указанных элементов развития психопатологического процесса можно теоретически допустить в плане суггестивного влияния бреда на возникновение истинных галлюцинаций. В данном случае более, чем когда-либо, приложима сентенция А. Эя (1932): «Галлюцинация — дочь бреда».

Аутосуггестивный характер истинных галлюцинаций в приведенных случаях в известной степени близок по механизму возникновения спонтанным галлюцинациям, появляющимся иногда у субъекта, находящегося в состоянии гипнотического сна после внушения ему ситуации, близкой к переживанию бреда преследования у психически больного. Так, при внушении весьма гипнабельному субъекту аффекта страха, связанного с тем, что он ночью в лесу встретил группу неизвестных людей, имеющих агрессивные намерения, он слышит не внушавшиеся ему, спонтанно возникающие «голоса» этих людей, бранящие,

угрожающие, обсуждающие способ убийства, и ясно видит орудия убийства — ножи, револьверы, штыки и т. д.

Клиническая обоснованность приведенной аналогии, на наш взгляд, позволяет считать, что если внушенная (в состоянии гипнотического сна) враждебная субъекту ситуация влечет за собой появление слуховых и зрительных галлюцинаций, связанных по содержанию с этой враждебной ситуацией, то возникновение подобных же галлюцинаций может быть обусловлено убеждением в преследовании, связанным со сформировавшимся персекуторным бредом. Роль ряда факторов, осложняющих течение основного психического заболевания (алкоголизм, церебральный атеросклероз, травмы, психогении) в качестве условий, облегчающих аутосуггестивную природу появления истинных галлюцинаций под влиянием бреда, требует особой проверки.

Высказанные выше соображения в известной степени подтверждают данные Г. К. Ушакова (1971) о галлюцинациях функциональных, психогенных или параноических, возникающих при «параноической психопатизации и паранойяльном развитии».

Аутосуггестивный механизм возникновения истинных галлюцинаций, связанный не только с содержанием бреда, но также с аффективным его сопровождением, встречается, по-видимому, значительно чаще, чем принято думать. Такой способ появления галлюцинаций можно предположить в некоторых случаях тактильных, зрительных или слуховых обманов, соответствующих по сюжету паранойяльным или параноидным переживаниям ипохондрического характера, а также вызванных кажущейся или действительной ситуацией конфликта, недоброжелательства, враждебности. Во всяком случае, вероятность аутосуггестивного генеза некоторых галлюцинаций имеет большое диагностическое значение и заслуживает дальнейшего клинического изучения.

Возвращаясь к вопросу о возможности прямой трансформации псевдогаллюцинаций в истинные, отметим, что авторы, признающие такую возможность, по-видимому, принимают за нее аутосуггестивные возникновения истинных галлюцинаций под влиянием бреда при наличии в клинической картине сюжетно связанных с бредом псевдогаллюцинаций. В свою очередь псевдогаллюцинации, появляясь при развитии шизофренического психоза, имеют самостоятельный характер, а не трансформируются из предшествовавших истинных галлюцинаций. Прямую подобную трансформацию мы наблюдали лишь при развитии алкогольного делирия, когда вербальный галлюциноз при возникновении и нарастании помрачения сознания превращался в псевдогаллюциноз.

Таким образом, можно представить себе следующие варианты возникновения истинных и псевдогаллюцинаций в процессе развития шизофрении:

а) в клинической картине психоза возникают только истинные или только псевдогаллюцинации;

б) по времени после истинных галлюцинаций или одномоментно с ними возникают псевдогаллюцинации при отсутствии сюжетной связи между одними и другими;

в) истинные галлюцинации возникают параллельно с уже имеющимися псевдогаллюцинациями (без наличия сюжетной связи между одними и другими) под влиянием дополнительных экзогенных вредностей;

г) псевдогаллюцинации, возникающие без предшествовавших истинных галлюцинаций, трансформируются, превращаются в истинные галлюцинации (сюжетно связанные с псевдогаллюцинациями) при помрачении сознания больного;

д) истинные галлюцинации, сюжетно связанные с предшествовавшими псевдогаллюцинациями, возникают после них (но не трансформируясь из них) под влиянием аутосуггестивного воздействия бреда, непосредственно связанного с псевдогаллюцинациями по схеме: псевдогаллюцинация — бред — истинная галлюцинация.

Нозологическая принадлежность псевдогаллюцинаций Кандинского

Психиатрическая литература последних лет содержит весьма противоречивые суждения о специфичности или типичности, относительной специфичности или неспецифичности псевдогаллюцинаций Кандинского для шизофрении. Отмеченная противоречивость суждений, на наш взгляд, связана с отсутствием единого подхода к психопатологической оценке псевдогаллюцинаторного феномена. Этим обстоятельством, по-видимому, можно объяснить то, что некоторые авторы [М. Г. Гулямов, 1965; З. В. Полонская, 1969; Т. Е. Тощева, 1969 и др.] выявляют псевдогаллюцинации не только при шизофрении, но также при различных экзогенных психозах, не только при непомраченном, но также при помраченном сознании.

Такая позиция противоречит признанию псевдогаллюцинаций Кандинского феноменом, возникающим при непомраченном сознании, в интимной взаимосвязи с предшествующим и последующим нарушением мышления, при наличии чувств постороннего влияния, сделанности и отсутствии чувства объективной реальности, а также обладающего своеобразной интрапроекцией галлюцинаторного образа, воспринимаемого мозгом, а не рецепторными органами и т. д. Вместе с тем перечисленные критерии, и в первую очередь состояние сознания, мышления, позволяют отличать феномены, близкие к псевдогаллюцинациям, от собственно псевдогаллюцинаций Кандинского и определять нозологическую принадлежность последних, что очень важно в диагностическом отношении.

В отличие от псевдогаллюцинаций Кандинского вербальные и зрительные галлюцинации, обладающие интрапроекцией, но не отвечающие вышеуказанным основным критериям и имеющие экзогенно-органическую природу, мы называем псевдогаллюцинозом.

Термин «псевдогаллюциноз» нельзя признать вполне удачным. Психиатрами этот термин определяется по-разному. Так, одни авторы называют псевдогаллюцинозом интенсивное псевдогаллюцинирование [Л. М. Елгазина, 1958; Б. Д. Златан, 1969; Н. С. Иванова, 1966; Г. М. Молчанов, 1958; Р. А. Наджаров, 1969; Е. Д. Соколова, 1967; Э. Я. Штернберг, 1969]. Другие авторы, в частности немецкие психиатры, обозначают им галлюциноз, который имел сначала экстрапроекцию, а затем перешел в интрапроекцию (Г. Глатцел, 1970).

Мы остановились на термине «псевдогаллюциноз» по двум соображениям; во-первых, учитывая (как при органическом галлюцинозе) экзогенно-органическую природу феномена и, во-вторых, аналогичную с псевдогаллюцинациями пространственную локализацию, характеризующуюся интрапроекцией или экстрапроекцией в субъективное представляемое пространство. Кроме того, как мы увидим ниже, один из вариантов псевдогаллюциноза феноменологически и патогенетически близок к галлюцинозу.

Псевдогаллюциноз встречается, по нашим наблюдениям, двух типов.

При первом из них, отмечаемом 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 этого типа псевдогаллюциноза от помрачения сознания в известной степени подтверждается и наблюдавшейся нами трансформацией вербального алкогольного галлюциноза в псевдогаллюциноз по мере нарастания степени помрачения сознания с параллельным указанной степени переходом вербальных галлюцинаций из экстра- в интрапроекцию. При псевдогаллюцинозе восстановление сознания сопровождается также восстановлением полной критики к перенесенному и сочетается с сохранностью мышления, которое отмечалось и до помрачения сознания. Выраженных чувств постороннего влияния 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 бред следует за ними.

Второй тип псевдогаллюциноза можно констатировать крайне редко. Характеризующие его, преимущественно вербальные, галлюцинации также локализуются в интрапроекции, возникают вне помрачения сознания, но почти всегда вечером, ночью или в состоянии утомления и сонливости. При них также отсутствует нарушение мышления до и после галлюцинаторного приступа.

Они сопровождаются сохранной критикой, которая может ослабевать при длительном хроническом течении психоза. Бредовая интерпретация вербального псевдогаллюциноза, отсутствующая более или менее продолжительный срок, может в дальнейшем появиться так же, как это бывает при хроническом алкогольном вербальном галлюцинозе. Возникновение псевдогаллюциноза имеет четкую патогенетическую связь с хронической алкогольной интоксикацией. Феномены этого типа отличаются от истинного галлюциноза только особенностями проекции галлюцинаторного образа.

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

В отличие от псевдогаллюциноза, при псевдогаллюцинациях Кандинского «голоса» внутри головы (от громких до едва уловимых звучаний, от неопределенных по интонации — глухих, когда невозможно выяснить, мужские они, женские или детские, — до достаточно четких и определенных) возникают вне какого-либо помрачения сознания, без аффективной реакции больного и при наличии более или менее выраженного нарушения мышления (до и после галлюцинирования). Эти голоса обычно сопровождаются чувством чуждости, часто сделанности, то есть бредом, который по времени предшествует «голосам» внутри головы или появляется одновременно с ними.

Все сказанное дает основание для вывода о том, что псевдогаллюциноз так же относительно специфичен для экзогенных психозов, протекающих с помрачением сознания, как псевдогаллюцинации Кандинского — для шизофрении. В структуре шизофренического онейроидного синдрома возможен псевдогаллюциноз, тогда как при экзогенных психозах псевдогаллюцинации Кандинского не встречаются (если экзогенный психоз не развился у больного, страдающего шизофренией).

Изложенная выше характеристика основных общих и частных критериев клинической оценки галлюцинаций, а также определения отдельных типов галлюцинаторных феноменов позволяют провести дифференциацию этих феноменов (табл. 1). Указанная дифференциация в известной степени условна и весьма схематична. Ее условность связана с тем, что анализируются и сопоставляются сводные понятия без учета различных вариантов и промежуточных психопатологических образований. Схематичность вызвана применением лишь некоторых, а не всех критериев клинической оценки. Поэтому задача дифференциации методологическая и заключается в иллюстрации использования критериев клинической оценки для квалификации тех или иных

Таблица 1

Сопоставление основных типов галлюцинаторных феноменов по некоторым критериям клинической оценки

Критерии	Органические галлюцинозы	Истинные галлюцинозы	Истинные галлюцинации
1	2	3	4
1. Сознание	Не помрачено		
2. Мышление	Не нарушено	Нарушение незначительно	Нарушено
3. Критика	Сохранена полностью	Сохранена или имеются критические сомнения	Утрачена или имеются критические сомнения
4. Эмоциональная аффективная реакция	Пассивная, благодушная	Активная, соответствующая содержанию переживания	
5. Чувство сделанности	Отсутствует		Как правило, отсутствует
6. Оформление галлюцинаторного образа	Видения нереалистичные, часто микропсические	Видения обычно реалистичные, но могут быть объемными или плоскостными	
7. Реальность галлюцинаторного образа для больного	Галлюцинаторный образ оценивается как кажущийся, несуществующий	В момент галлюцинирования—сомнения в реальности видения, после—понимание его нереальности	Галлюцинаторный образ оценивается как истинно, реально существующий
8. Локализация галлюцинаторного образа в пространстве	В экстрапроекции, но в представляемом пространстве	В экстрапроекции, в воспринимаемом объективном пространстве и при ассимиляции окружающей обстановкой	
9. Бредовое сопровождение	Отсутствует	Отсутствует или позднее присоединяется с сохранением сюжетного соответствия	Возникает одновременно или вскоре после галлюцинаций, не обязательно связано с ним сюжетно
10. Сенсорность галлюцинаций	Весьма интенсивная	Интенсивная	
11. Связь галлюцинаций с рецепторами	Мономорфная (обычно только со зрительным)	Всегда прямая, разнообразная: простая с одним рецептором или комбинированная с несколькими рецепторами	

Продолжение таблицы 1

Критерии	Неполные псевдогаллюцинации—галлюциноиды	Псевдогаллюцинации	Психические галлюцинации
5	6	7	8
1. Сознание	Не помрачено, степень его изменения уменьшается от галлюциноидов к психическим галлюцинациям		
2. Мышление	Степень интимной связи галлюцинаторных феноменов с патологией мышления постепенно нарастает от галлюциноидов к психическим галлюцинациям		
3. Критика	Более снижена к собственному состоянию и менее к факту галлюцинирования	Отсутствует к собственному состоянию и в большей или меньшей степени к факту галлюцинирования	
4. Эмоциональная, аффективная реакция	Выражена слабо	Зависит от содержания галлюцинаций, характеризуется меньшей живостью и яркостью, чем при истинных галлюцинациях и галлюцинациях помраченного сознания, отличается диссоциированностью.	
5. Чувство сделанности	Отсутствует или зарождается	Как правило, имеется	Имеется во всех случаях
6. Оформление галлюцинаторного образа	Всегда лишено реалистичности, естественности		
7. Реальность галлюцинаторного образа для больного	Галлюцинаторный образ воспринимается как несуществующий, нереальный		
8. Локализация галлюцинаторного образа в пространстве	В экстрапроекции без ассимиляции объективным окружением	Обычно в интрапроекции, реже в экстрапроекции, но всегда в представляемом пространстве	Всегда в интрапроекции
9. Бредовое сопровождение	Отсутствует или имеется бред, не связанный с видениями сюжетно	Как правило, возникает одновременно с галлюцинациями или незначительно опережает их, реже следует за ними, но всегда связано с ними сюжетно	
10. Сенсорность галлюцинаций	Меньшая, чем при истинных галлюцинациях, галлюцинозах и галлюцинациях помраченного сознания		Отсутствует
11. Связь галлюцинаций с рецепторами	Галлюцинации воспринимаются рецепторными органами	Галлюцинации воспринимаются головой, мозгом	

Продолжение таблицы 1

Критерии	Галлюцинации при синдромах помраченного сознания	Псевдогаллюциноз
9	10	11
1. Сознание	Помрачено; интенсивность галлюцинирования до известного момента пропорциональна степени нарушения сознания	
2. Мышление	Без существенного нарушения до и после помрачения сознания и связанного с ним галлюцинирования (за исключением онейроидных состояний)	
3. Критика	Отсутствует и восстанавливается при прояснении сознания	
4. Эмоциональная, аффективная реакция	Интенсивная, всегда находится в прямой зависимости от содержания галлюцинаций	
5. Чувство сделанности	Сформировавшееся чувство сделанности, внешнего воздействия обычно отсутствует, но изредка имеется	
6. Оформление галлюцинаторного образа	Может быть естественное и неестественное	Всегда неестественное
7. Реальность галлюцинаторного образа для больного	Галлюцинаторный образ воспринимается тем реальнее, чем глубже помрачение сознания	
8. Локализация галлюцинаторного образа в пространстве	В экстрапроекции, в воспринимаемом или представляемом пространстве	Вербального—в интрапроекции; зрительного в экстрапроекции при восприятии головой
9. Бредовое сопровождение	Возникает одновременно с галлюцинациями или после них и всегда зависимо от них сюжетно	
10. Сенсорность галлюцинаций	Весьма интенсивная	Достаточно интенсивная
11. Связь галлюцинаций с рецепторами	Разнообразная—прямая простая или прямая комбинированная	Прямая отсутствует, имеется опосредованная мозгом

феноменов и определения их нозологической принадлежности, то есть для диагностики психических заболеваний.

Предлагаемая таблица состоит из трех разделов, включающих галлюцинации, возникающие при непомраченном сознании, группу псевдогаллюцинаторных феноменов и галлюцинации, возникающие при помраченном сознании. Таким образом, сравниваются группы однотипных феноменов, поскольку их межгрупповое разграничение не вызывает затруднений и проводится с помощью главных, определяющих психическую деятельность человека критериев — состояния сознания и мышления.

Схема классификации иллюзий и галлюцинаций

Основными параметрами, характеризующими клинику иллюзий и галлюцинаций, обусловливающими разделение их на классы с расстановкой на «шкале галлюцинаций» и, нередко,

предопределяющими нозологическую принадлежность названных феноменов, мы, как было сказано ранее, считаем состояние сознания — до, во время, после галлюцинирования (характер всесторонней связи иллюзорных, галлюцинаторных переживаний с нарушением сознания) и состояние мышления — предшествующее, сопутствующее галлюцинированию, следующее за ним (характер, особенности, глубину интимной связи иллюзорных и галлюцинаторных переживаний с нарушением мышления). Проводя систематику, мы учитываем, что клиника различных иллюзий и галлюцинаций в одних случаях может быть предопределена характером нарушения сознания в момент галлюцинирования при меньшем нарушении мышления до и после галлюцинирования, в других — нарушением мыслительных процессов до и после галлюцинирования при меньшем изменении сознания одновременно с галлюцинированием, и, наконец, в-третьих, — равными, значительными нарушениями сознания и мышления.

Выдвигая в качестве основного принципа систематики иллюзий и галлюцинаций оценку состояния сознания и мышления галлюцинанта, мы полагаем, что эту оценку следует проводить в единстве с анализом всех других факторов, критериев, признаков, характеризующих статику и динамику интересующих нас психопатологических феноменов.

При определении места какого-либо феномена на шкале классификации не всегда, однако, удается обосновать четкую патогенетическую, патокинетическую, психопатологическую его связь с предшествующим или последующим феноменами. Не всегда также оказывается безупречной группировка отдельных феноменов в классификационной таблице. Это обстоятельство обусловлено множественностью взаимосвязей между разнообразными критериями клинической оценки психопатологических симптомов. Следовательно, отдельные психопатологические феномены могут группироваться по-разному в зависимости от принятых критериев их клинической оценки. Это означает, что стоящие рядом на классификационной шкале феномены могут по одним признакам иметь сходство, а по другим — нет. Поэтому какой-либо отдельно взятый психопатологический феномен (группа феноменов), например, по степени патогенетической связи с органическим поражением мозга может быть ближе к одному явлению, а по степени критичности больного к собственным переживаниям или по выраженности чувства насильственности — к другому.

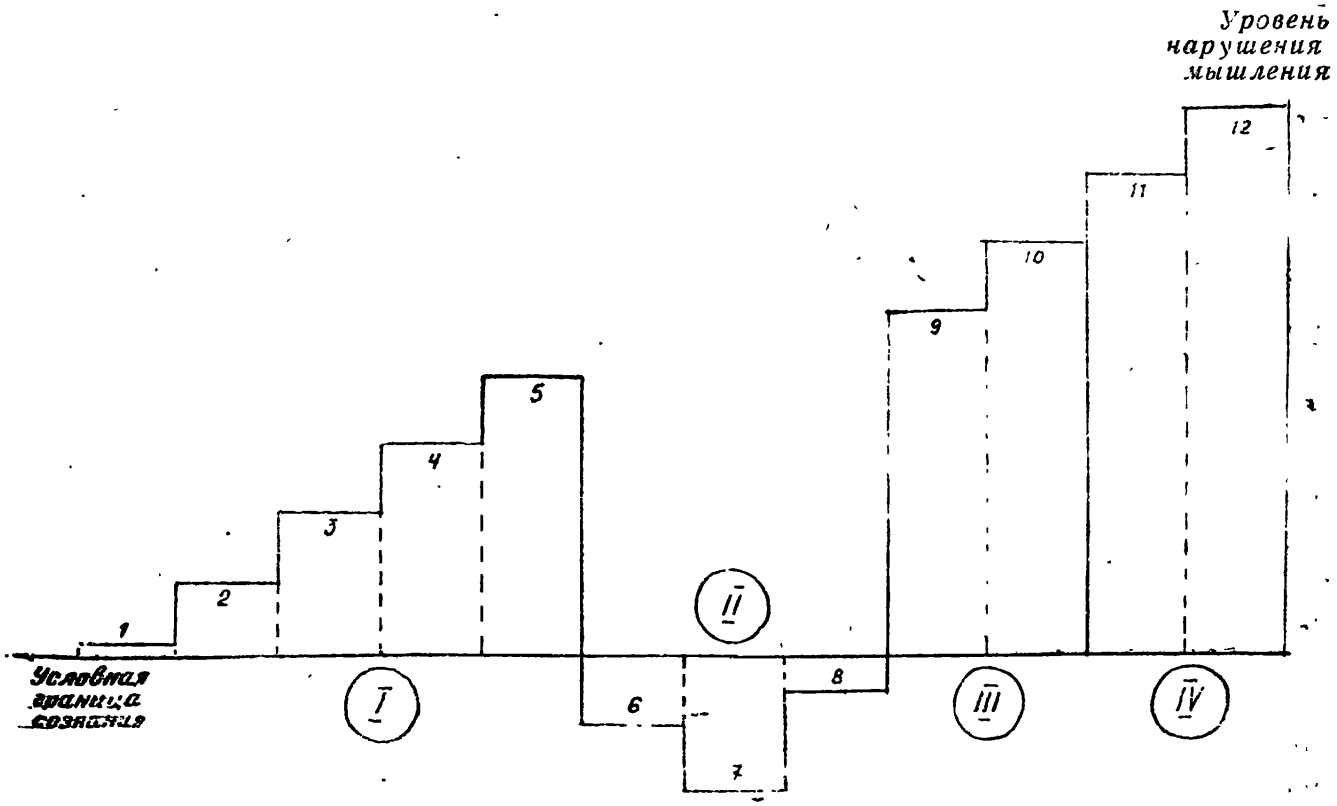
Группируя отдельные феномены в зависимости от их соотношения с состоянием сознания и процессом мышления, его патологией, мы нередко отодвигаем на второй план, а иногда частично ослабляем акцент на других основных общих и частных критериях клинической оценки иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Поэтому мы стараемся построить такую схему классификации, которая будет одновременно и во взаимо-

связи отражать оценку обоих главных критериев (состояния сознания и мышления) без прямой детерминации тех или иных галлюцинаторных феноменов этими критериями.

Приведенным требованиям в известной мере отвечает построение классификации иллюзий и галлюцинаций в двух регистрах, по двойной номенклатуре, одновременно оценивающей наличие, характер изменения сознания и степень интимной связи изучаемых феноменов с патологией мышления. Это означает, что разделение феноменов на группы зависит только от их взаимосвязи с нарушением мышления и сознания. Внутригрупповое же разделение изучаемых феноменов, кроме того, учитывает все остальные критерии и признаки, применяемые для клинической квалификации психопатологических симптомов. При такой структуре классификационной шкалы выявляется известная клиническая закономерность. Заключается она в следующем: чем больше природа иллюзий и галлюцинаций связана с помрачением сознания (присущим, например, экзогенно-органическим психозам), тем меньше эти феномены патогенетически зависят от патологии мышления и, наоборот, чем меньше возникновение иллюзий и галлюцинаций связано с помрачением сознания, тем больше выражена их патогенетическая взаимосвязь и взаимозависимость с нарушением собственно процессов мышления (присущим, например, шизофреническому и инволюционному психозам).

В соответствии с этим, к 1-й группе первого отдела шкалы классификации отнесены феномены, которые, по существу, могут рассматриваться как непсихотические и не связанные, в

Шкала классификации иллюзий и галлюцинаций



собственном смысле слова, с патологией мышления, а к последней (12-й) группе четвертого отдела — феномены, которые никак нельзя отличить от особенностей патологического мышления больного.

Таким образом, иллюзии и галлюцинации, объединенные всеми классификационными группами (исключая 6—8), расположены над условной «границей сознания», то есть вне его помрачения при постепенном (по мере приближения к 12-й группе) увеличении уровня нарушения мышления. Феномены, объединенные 6—8-й группами, расположены ниже условной «границы сознания» и возникают при большем или меньшем его помрачении.

Основные параметры, отличающие отделы шкалы классификации, показаны в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика отделов шкалы классификации по состоянию сознания и мышления

Отделы	Сознание в момент галлюцинирования	Мышление вне галлюцинирования или помрачения сознания
I	Изменено в зависимости от интенсивности аффекта	Не нарушено или нарушено соответственно снижению интеллекта
II	Помрачено	
III	Изменено незначительно	Патологически изменено
IV	Изменено минимально (в философском смысле понятия)	Нарушено до „слияния" с галлюцинаторными феноменами

Отделы шкалы классификации иллюзий и галлюцинаций включают:

Отдел I. Иллюзии и галлюцинации неврологические (органические), аффективные и феномены эйдетизма.

1-я группа. Иллюзии непсихотические — физические и физиологические.

2-я группа. Иллюзии ощущений, неврологические — гипер-, гип- и дизестезии, сенестопатии и парестезии иллюзорные, полиестезии.

3-я группа. Иллюзии и галлюцинации центрального органического генеза — иллюзии цвета, фотопсии, акоазмы, иллюзии, связанные с нарушением сенсорного синтеза (аутометаморфопсические, экзометаморфопсические, порропсические, хронопсические, диплопические и полиопические); галлюцинации, связанные с поражением рецепторов, проводящих путей, центров,

так называемые органические или неврологические (галлюцинозы оптические, полиопические, гемианоптические, тактильные, вербальные); дереализация иллюзорная.

4-я группа. Иллюзии так называемые психические — рефлекторные (синестезии), функциональные (парейдолические), иллюзии и галлюцинации аффективные, психогенные.

5-я группа. Явления эйдетизма — сенсориализация представлений, последовательные образы, последовательный эйдетизм, мнестический эйдетизм.

Отдел II. Иллюзии и галлюцинации, возникающие при помрачении сознания.

6-я группа. Непсихотические галлюцинации — сновидения, видения в гипнотическом сне, внушенные иллюзии и галлюцинации.

7-я группа. Иллюзии и галлюцинации состояний помраченного сознания — гипнагогические и гипнопомпические, истерического и эпилептического сумеречных состояний, аментивного, онирического, делириозного, онейроидного синдромов. Псевдогаллюциноз.

8-я группа. Иллюзии и галлюцинации «промежуточные, фазовые» — синдром ложного узнавания и галлюцинации при закрытых глазах вечером или ночью.

Отдел III. Галлюцинозы — функциональные, рефлекторные, истинные и истинные галлюцинации.

9-я группа. Галлюцинозы функциональные, рефлекторные истинные (вербальные, зрительные, тактильные).

10-я группа. Галлюцинации истинные — элементарные, вкусовые, обонятельные, тактильные, зрительные, аутоскопические, вербальные, антагонистические; иллюзии бредовые.

Отдел IV. Псевдогаллюцинации и психические галлюцинации.

11-я группа. Неполные псевдогаллюцинации (галлюциноиды) и полные развитые псевдогаллюцинации.

12-я группа. Феномены «промежуточные» между псевдо- и психическими галлюцинациями, собственно психические галлюцинации, идеомоторные психические галлюцинации.

Глава третья

Иллюзии и галлюцинации „неврологические“ („органические“), аффективные и феномены эйдетизма

(Первый отдел шкалы классификации)

Шкала классификации начинается отделом, объединяющим иллюзорные и галлюцинаторные феномены, при которых сознание зависит от интенсивности аффекта и изменено незначительно, а изменение мыслительного процесса не имеет самостоятельного, ведущего значения и обусловлено только ослаблением «интеллектуальных возможностей» больного (с учетом известной условности разделения понятий «мышление» и «интеллект»). Этот отдел включает пять групп феноменов, весьма разнородных по нозологической принадлежности.

1-я группа: иллюзии непсихотические* — физические и физиологические

Феномены, входящие в I-ю группу, не имеют какой-либо патогенетической связи с нарушениями мышления или сознания. Они представляют собой явления, почти не связанные с эмоциональными, интеллектуальными переживаниями. Поэтому их можно было бы объединить не первой, а нулевой группой. Однако традиционно, уже более 100 лет, описание иллюзий и галлюцинаций в учебниках психиатрии принято начинать с непсихотических иллюзий, к которым относят иллюзии физические и физиологические. Под *физическими* иллюзиями понимают ошибки, связанные с обманчивым проявлением физических свойств предмета или действия. Например, восприятие палки, опущенной в воду, в виде не прямой, а преломленной, или воз-

* От непсихотических иллюзий следует отличать ошибки суждения — заблуждения в виде неправильного узнавания предметов в связи с неадекватной, сделанной на основании внешнего впечатления, оценкой их физических свойств (например, когда в отражающем солнце стекле окна видится огонь). К. Ясперс (1923), также выделяя «ошибочные суждения», в свою систематику включает иллюзии «невнимательности». Он различает 3 типа иллюзий: а) иллюзии невнимательности; б) иллюзии аффекта; в) парейдолии.

никновение у пассажира движущегося поезда впечатления обратного движения объектов, находящихся за окном. К *физиологическим* иллюзиям относят ошибки сопоставления, сравнения, обусловленные физиологическими особенностями нормально функционирующих анализаторов. Примером таких иллюзий может служить ошибочное восприятие как разных по длине двух одинаковых параллельных линий, одна из которых ограничена черточками, обращенными кнаружи, другая — обращенными кнутри. При этом черточки, обращенные кнаружи, ограничивают линию, представляющуюся, кажущуюся более длинной, поскольку глаза движутся, как бы прослеживая за этими черточками (так называемые зрительные иллюзии Мюллер-Лисра). Аналогична по природе «иллюзия веса»; ощущение большей тяжести 3-килограммового металлического шара, чем пластмассового шара того же веса (проба Делоффа при олигофрении).

2-я группа: иллюзии ощущений — неврологические.

В эту группу входят феномены, имеющие чувственную окраску, представляющие собой уже болезненные психопатологические проявления, но развивающиеся при минимальной патологии мыслительного процесса: гипер-, гип- и дизестезии*, сенестопатии и парестезии иллюзорные**, полиестезии и др.

Жалобы больных, у которых выявляются перечисленные феномены, обычно бывают обусловлены органическими нарушениями, т е основываются на конкретных причинах. В этом случае, так же как при невозможности установить такие причины, психопатологическое значение имеет не столько наличие жалоб, сколько характер фиксации соответствующих ощущений в сознании больного, его эмоциональная и интеллектуальная реакция на них, особенности трактовки и трансформации.

К *дизестезиям* относятся изменения ощущений веса предметов (микро- и макростезии) и их объема. Они могут рассматриваться также в качестве частного случая сенестопатий.

Принципиально различные дизестезии показаны в наблюдениях 1 и 2: в первом из них имеется безусловная соматическая обусловленность феномена, а во втором — такой обусловленности нет и намечается паранойяльная настроенность.

1. Больная У М, 49 лет

Диагноз органическое заболевание мозга (ревмоваскулит)

Больна около 3 лет, жалуется на плохое общее самочувствие, пониженное настроение, головную боль, головокружения.

В статусе фотопсии и преходящая диплопия; гиперестезия кожи задней поверхности шеи и грудной клетки до второго грудного позвонка, симметрич-

---

* А. В. Снежневский (1970) рассматривает гипер- и гипестезии, а также сенестопатии в одном ряду с дисморфопсиями. Мы дисморфопсии относим к более высоким ступеням иерархической лестницы иллюзорных и галлюцинаторных феноменов

** Наименование в данном случае сенестопатий и парестезий иллюзорными условно и основывается на их близости по механизму возникновения к неврологическим иллюзиям.

ная гипестезия ниже 2-го позвонка. Больная критична, синтонна. Изменение чувствительности ее не тревожит, больше обеспокоена неприятными ощущениями и болями в области сердца.

2. Больная Т М., 26 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Наряду с паранойяльной симптоматикой временами ощущает понижение, а затем отсутствие болевой чувствительности отдельных участков кожи. Удивлена и встревожена необычностью, странностью этих ощущений. Задумывается, «что бы они значили». Иногда отсутствие болевой чувствительности того или иного участка кожи сопровождается чувством «недействительности, нереальности собственного существования».

Сенестопатиями Е. Дюпре (1907) и П. Камю (1911) называют необычные соматические ощущения.

А. В. Снежневский (1970) сенестопатии относит к расстройствам чувственного познания. Однако сенестопатии так же, как гипер- и гипестезии, неоднородны, и к ним нередко ошибочно причисляются явления различной природы.

Мы считаем клинически обоснованным и не противоречащим мнению большинства исследователей выделение среди сенестопатических переживаний трех видов ощущений, к которым относятся:

а) реальные ощущения, обычно мономорфные, обусловленные органическими изменениями, соматическим страданием, но не вполне привычные, вызывающие повышенную реакцию больного в виде тревоги, страха и не сопровождающиеся расстройством мышления. Такие сенестопатии, по нашему мнению, правильно называть простыми

Квалификация простых сенестопатий, в отличие от последующих, имеющих лишь некоторое феноменологическое с ними сходство, очень важна в диагностическом отношении. Поэтому при дифференциации сенестопатий необходимо прежде всего решить вопрос о наличии или отсутствии действительных оснований для подобного рода ощущений, т. е. подтвердить или исключить соматическую природу заболевания. Нам известны случаи, когда диагноз «сенестопато-ипохондрический синдром (шизофрения)» ставился больным, у которых в дальнейшем выявлялась типичная диэнцефальная патология или на секции диагностировались хронический панкреатит, неоплазма желудка и т. п.;

б) измененные, извращенные действительные ощущения, чаще мономорфные, вызывающие у больного опасения, иногда гиперболическую трактовку, боязнь серьезного заболевания, т. е. сопровождающиеся выраженной эмоциональной реакцией и существенной вовлеченностью мыслительного процесса вплоть до образования навязчивых и сверхценных идей. Поскольку эти ощущения всегда базируются на реально существующих, но воспринимаемых в извращенном виде, их допустимо отождествить с иллюзиями и условно назвать иллюзорными сенестопатиями (2—3-я группы).

Иллюзорные сенестопатии могут встречаться как у больных с органическим заболеванием центральной и периферической нервной системы или внутренних органов, так и у больных шизофренией.

в) ощущения «вычурные», нелепые, обычно полиморфные, не имеющие никакой органической основы (генуинные, эссенциальные) или совершенно не соответствующие каким-либо действительным раздражителям, вызывающие нередко опасения «сойти с ума», сопровождающиеся нарушенным мышлением, вплоть до образования паранойяльных и параноидных идей. Эти ощущения отвечают всем признакам галлюцинаций и потому допустимо называть их галлюцинаторными сенестопатиями (10-я группа).

Л. П. Лобова (1960), изучавшая сенестопатии в рамках шизофрении, под этим термином понимает всякие ощущения: боль, зуд, щекотание, жжение, сверление, напряжение, набухание, сжатие, хруст, сопровождающиеся сосудисто-вегетативными явлениями в виде жара, холода, познабливания. Она справедливо подчеркивает, что сенестопатии не связаны с соматическими заболеваниями, а по стойкости близки к галлюцинациям.

Серьезного внимания заслуживает исследование И. Р. Эглитиса (1977), который разделяет сенестопатии на симптоматические (вызванные соматическими, а не психическими заболеваниями) и истинные Признаками симптоматических сенестопатий он считает полисимптомность (при параллелизме с соматическим страданием), наличие астенического фона и сохранность личности

В противовес этому истинные сенестопатии, по его систематике, характеризуются тревогой, страхом, близким к опасению «сойти с ума», мыслями о большой тяжести болезни и тягостными переживаниями, расстройством мышления, слабостью вегетативной реакции, полиморфностью приступов, аутохтонным характером возникновения, резистентностью к лечению, фантастичностью и вычурностью ощущений, сочетанием с ипохондрией и депрессией.

Основное феноменологическое различие между иллюзорными и галлюцинаторными сенестопатиями состоит, таким образом, в том, что при первых все ограничивается ощущениями, не имеющими содержания или нелепой трактовки. При вторых, наоборот, обычно имеется какой-либо смысл, сюжет, тенденция к генерализации и нарушение мышления.

Если иллюзорные сенестопатии нетипичны для шизофрении, то галлюцинаторные сенестопатии обладают относительной специфичностью для шизофрении, определяя этап, а в отдельных случаях — клиническую картину на протяжении всего этого заболевания.

В одной группе с дизестезиями, сенестопатиями расположены близкие к ним по патогенезу и систематике парестезии.

Парестезии — тактильные, неболевые ощущения кожи: одеревенение, ватообразность, онемение, ползанье мурашек, леденение и жжение, давление, чувство гладкости и жесткости и т. п. Причиной парестезических ощущений, помимо центрального или периферического раздражения нервных стволов, может быть заболевание сосудов кожи и самой кожи. Отнесение некоторыми авторами всех парестезий к одному из подвидов феномена пси-

хического автоматизма нельзя признать правильным в связи с различием патогенетической сущности этих двух явлений. Вместе с тем, воспринимаемые больным в виде галлюцинаций парестезические ощущения в отдельных случаях входят в структуру феномена психического автоматизма.

В качестве формы парестезии можно рассматривать полиестезию (когда единичное раздражение кожи воспринимается как множественное), пикрогевзии (чувство горечи во рту) и гликогевзии (чувство сладкого во рту).

Подобно сенестопатиям, парестезические ощущения могут давать основания для возникновения галлюцинаторных переживаний (соматогенных галлюцинаций) и бреда.

К числу неврологических иллюзий также относятся фантомные переживания (псевдомелия парестетическая), выражающиеся в ощущении наличия ампутированного органа и его движения, представляющие собой реперцепцию, т. е. проекцию ощущений от центра на периферию.

Извращением ощущения (иллюзий зрительного рецептора) является хроматопсия — видение окрашенными в иной цвет различных предметов: в красный (эритропсия), желтый (ксантопсия) и т. д.

Таким образом, феномены 2-й группы, как было сказано, ограничиваются иллюзиями периферических ощущений.

3-я группа: иллюзии и галлюцинации центрального органического генеза.

В эту группу мы включаем иллюзии цвета; фотопсии, акоазмы; иллюзии, связанные с нарушением так называемого сенсорного синтеза (аутометаморфопсические, экзометаморфопсические, порропсические, хронопсические, диплопические и полиопические); галлюцинации, связанные с поражением рецепторов, проводящих путей, центров, так называемые органические или неврологические (галлюцинозы оптические, полиопические, гемианоптические, тактильные, вербальные); дереализации иллюзорные.

Для всех психопатологических образований третьей группы, возникающих только при органическом поражении ЦНС и непомраченном сознании, характерно большее, чем при феноменах предыдущей группы, участие в их генезе мыслительного процесса с сохранением у больного в момент переживаний критического (в соответствии с интеллектуальными возможностями) и живого эмоционального отношения к ним. Интеллектуальные возможности зависят от степени снижения интеллекта органического генеза.

На шкале иллюзий и галлюцинаций расположение феноменов 3-й группы начинается с колорических иллюзий (иллюзий цвета). Патогенетически они ближе не к хроматопсиям, а к нарушениям сенсорного синтеза, отличаясь от последних меньшей

содержательностью переживаний и меньшим интеллектуальным творчеством.

Иллюзии цвета (К. Ясперс, 1923), или колорические иллюзии, заключаются в том, что черно-серая окраска объектов воспринимается как цветная (например, буквы серого типографского шрифта воспринимаются в виде красных, синих, зеленых или имеют цветное окаймление). Наблюдается этот феномен чаще всего при органических заболеваниях головного мозга сосудистого генеза (церебральный атеросклероз, ревмоваскулит, люитический эндоваскулит), но может встречаться также в некоторых случаях травматической болезни. Как правило, иллюзии цвета наблюдаются в структуре сложного психопатологического синдрома органического генеза и почти никогда не встречаются в виде самостоятельного моносимптома, изолированного от других феноменов 3-й группы. В то же время иллюзии цвета выявляются в психиатрической клинике значительно реже метаморфопсических и других расстройств, лишь изредка присоединяясь к ним.

3. Больная Ф. У., 26 лет.

Диагноз: органическое заболевание головного мозга сложного генеза (параинфекционный менингоэнцефалит, ревматизм).

В клинической картине: общительна, доступна, критична. Отмечаются головные боли, головокружения с тошнотой, рвотой, пошатывание при ходьбе, больше влево, кратковременные микропсические обманы в виде отдаления и уменьшения в размерах читаемого текста, поперечное движение видимых неподвижных предметов (деревьев, столбов) и иллюзии цвета (при чтении газет и книг изображение букв и линий часто видится в ярко-красном окаймлении, а цвет самих букв и линий остается серым).

Мы не находим принципиального клинического различия между иллюзиями цвета в виде цветного окаймления черных или серых объектов (набл. 3) и иллюзиями цвета, при которых серые или черные объекты целиком приобретают цветное окрашивание (набл. 4).

4. Больная Л. Д., 49 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза (остаточные явления перенесенного в детстве менингоэнцефалита).

В клинической картине: наряду с фотопсиями, акоазмами, микропсическими иллюзиями, при чтении книг вместо серого шрифта видит яркое цветное изображение букв, голубое или красное. Цветное окрашивание букв бывает не всегда, а только при длительном чтении и утомлении, как при дневном, так и при искусственном освещении.

Среди феноменов 3-й группы после иллюзий цвета мы рассматриваем фотопсии и акоазмы, что может вызвать возражения. По-видимому, все зависит от определения этих терминов и от сущности феноменов, обозначаемых ими.

Терминами *«фотопсии»* и *«акоазмы»* обозначаются недифференцированные простейшие сенсорные оптические и акустические ощущения и восприятия в виде искр, точек, полос, бликов,

кругов, колец, локализующихся на сравнительно небольшом расстоянии от взора (30—40 см и до 2—3 метров), а также бессодержательные отдельные звуки — шелестение, звон, шум в ушах и др. Следовательно, основным отличительным признаком этих феноменов является отсутствие какого-либо смыслового значения. Критика больных к ним почти всегда сохранена.

Вопреки мнению многих авторов, мы не отождествляем понятия акоазмы и фотопсии с элементарными галлюцинациями, представляющими вполне дифференцированные, хотя и простейшие обманы зрения, слуха, а также, по-видимому, вкуса, обоняния, осязания. Это — шипение огня, шелест листьев, завывание ветра, звуки падающих капель дождя, водопада и бурного потока, звонки, стук в дверь, шаги. Элементарные галлюцинации, постепенно усложняясь (глаз, клюв, палец, кровавое пятно, слоги, междометия и, наконец, отдельные, не связанные друг с другом, образы), представляют собой переход к содержательным галлюцинаторным переживаниям. Мы считаем правильным эти феномены относить к недоразвитым, неполным истинным галлюцинациям и поэтому рассматриваем их на более отдаленных пунктах шкалы галлюцинаций (10-я группа).

Фотопсии и акоазмы возникают вследствие нарушений соответствующих проводящих путей и периферических анализаторов. Близкими к фотопсиям и акоазмам и подлежащими расположению в одном ряду с ними можно считать недифференцированные извращения обоняния и вкуса (дис- и параосмия, пара- и аллотриогевзия). Фотопсии и акоазмы всегда указывают на экзогенно-органический характер страдания.

5. Больная Н. М., 41 год.

Диагноз: органическое заболевание мозга сосудистого генеза с диэнцефальной патологией.

Беспокоят головные боли, ухудшение памяти, пароксизмальные кризы с вестибулярными расстройствами, страхами. Часто вне кризов видит летающих мушек и большие черные удаляющиеся от глаз точки. Все это бывает при открытых глазах, днем или вечером, в экстрапроекции на расстоянии до метра от взора, при полностью сохранной критике и отсутствии каких-либо других иллюзорных и галлюцинаторных переживаний.

Фотопсии и реже акоазмы могут встречаться изолированно друг от друга, но нередко наблюдаются у одного и того же больного.

6. Больной Н. Н., 52 года.

Диагноз: травматическая болезнь, осложненная церебральным атеросклерозом.

Отмечаются головные боли, головокружения, дизартрия, раздражительность, эксплозивность, прогрессирующее ухудшение памяти, слабодушие. В разное время дня видит белые и цветные точки, вертикальные линии, стоящие на месте или плывущие справа налево, слышит шум в ушах, различные писки, скрипы. жужжание, которые не может как-либо обозначить. Вполне критичен.

В психиатрической и неврологической клиниках фотопсии и акоазмы встречаются чаще всего одновременно с метаморфопсическими иллюзиями, иллюзиями цвета и т. д. При этом в

случаях сочетания с другими иллюзорными или галлюцинаторными переживаниями фотопсии и акоазмы имеют несколько более усложненный вид. Так, если отмечаются только фотопсии и акоазмы, то это точки, черточки, пятна, шорохи, писки. Если же у больного наблюдаются, кроме того, например, метаморфопсические иллюзии, то фотопсии выражаются в виде разноцветных шаров, колец, радужных сочетаний цветов, а акоазмы — в виде звона, шуршания и т. д.

7. Больная Ч. С., 34 года.

Диагноз: органическое заболевание мозга (ревмоваскулит).

Наряду с неврологическими жалобами, генерализованной неврологической и диэнцефальной симптоматикой, выявляются акоазмы и фотопсии: шорохи и стуки за спиной, разноцветные круги, проплывающие перед глазами. Изредка в сумерках бывают микропсические иллюзии: видит уменьшающимися и отдаляющимися поверхность стола и находящиеся на ней приборы. При засыпании изредка появляется чувство утяжеления и увеличения головы. При этом старается выйти из дремотного состояния. Критика всегда сохранена.

Значительное место среди феноменов 3-й группы занимают иллюзии, возникающие вследствие расстройства сенсорного синтеза.

Под *сенсорным синтезом* обычно понимается способность синтезировать в единое целое отдельные разрозненные ощущения и восприятия, то есть аналитико-синтетическая способность воспринимать объективные предметы в целом, а не в виде разрозненных деталей.

М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1937) сущность психосенсорных расстройств видят в нарушении сложных интегративных функций мозга, состоящих в сочетании отдельных гностических функций, умственном синтезе отдельных ощущений и восприятий, в синтетической оценке суммы рецепторных данных. По их формулировке, вследствие органического страдания происходит дезинтеграция сложного психосенсорного синтеза, в связи с чем пространство и предметы воспринимаются не в целом виде, а искаженно, разрозненно. Все указанные расстройства они делят на две формы: дереализацию и деперсонализацию. Следовательно, по мнению названных авторов, при рассматриваемых расстройствах страдает в основном «умственный синтез». Этот тезис не подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями, т. к. явления расстройства сенсорного синтеза (при отсутствии сопутствующей психопатологии) не сопровождаются выраженной патологией мыслительной деятельности.

Локализацию функций сенсорного синтеза упомянутые и другие авторы связывают с нижней теменной долей каждого полушария (точнее, интерпариетальной бороздой), поскольку при патологическом поражении этой области (опухоли и др.) наблюдаются расстройства сенсорного синтеза.

М. О. Гуревич (1940) расстройства сенсорного синтеза именует «психосенсорными расстройствами». Он отличает их от легко корригируемых иллюзий, а также от простых сенсорных расстройств, которые характеризуются феноменами выпадения или раздражения, но не извращения.

А. В. Снежневский (1970) считает термин «психосенсорные» неудачным, тавтологичным.

Относя нарушения сенсорного синтеза к патологии ощущения (а не восприятия), он рассматривает соответствующие феномены не как нарушения абстрактного (рационального), а как патологию чувства. Сущность расстройств сенсорного синтеза он, вопреки М. О. Гуревичу (1940), видит в

нарушении аналитико-синтетических функций анализаторов и обращает внимание на отличие этих феноменов от иллюзий и деперсонализации. От иллюзий они отличаются наличием для больного характера реальности, а от деперсонализации — отсутствием расстройства самосознания, сознания собственного «я» и наличием расстройства самоощущения, идущего с различных органов и частей тела. Кроме того, анализируя синдром раздвоения, расщепления восприятий, при котором предметы воспринимаются не в целостном состоянии, а раздельно, по деталям, А. В. Снежневский (1970) подчеркивает отличие от этого феномена расстройств восприятия «целостности событий, ситуаций».

При «расщеплении восприятия» больной осознает сущность переживаемой им аномалии, а при «расстройстве целостности восприятия» (например, при старческом слабоумии) больной этого уже не осознает, так как критика полностью отсутствует. Такой больной не может связывать воедино отдельные восприятия, например, вид человека и песню, которую он поет, а потому не может понять, что поет этот человек.

Особую трактовку приводит А. А. Меграбян (1961), который объясняет встречающиеся при некоторых психических заболеваниях «признаки функционального сенсорного распада предметного и словесного образов деавтоматизацией в сенсорной области и в сфере предметного сознания».

Французские авторы расстройства сенсорного синтеза называют «зрительно-пространственными иллюзиями».

Не вдаваясь в анализ патогенетической, патоанатомической и патофизиологической сущности нарушений, обычно относимых к феноменам «метаморфопсического ряда», подчеркнем лишь еще раз наше согласие с мнением о том, что эти феномены обусловлены, главным образом, расстройством функций подкорковых центров и периферических анализаторов. Однако несомненно также участие в генезе указанных психопатологических переживаний аналитико-синтетических функций коры полушарий при сохранности критики и мышления.

Отнесение французскими и многими советскими авторами метаморфопсических феноменов к числу иллюзий мы считаем вполне обоснованным, поскольку метаморфопсии — это искажения действительных объективных ощущений и восприятий. Наличие «характера реальности» при метаморфопсиях, о котором говорит А. В. Снежневский (1970), не может служить возражением против причисления их к иллюзиям, так как «характер реальности» в момент переживания встречается при большинстве иллюзий. Здесь существенно то, что сохраняется критика, значит нет «некорригируемой веры в реальность». Кроме того, налицо все остальные признаки иллюзий.

К метаморфопсическим иллюзиям, в соответствии с систематикой М. О. Гуревича и М. Я. Серейского (1937), можно отнести феномены расстройства сенсорного синтеза в виде следующих нарушений объективного восприятия:

а) частей собственного тела (аутометаморфопсии, дисморфопсии, микро- и макросомии, микро- и макромелии);

б) окружающих предметов (экзометаморфопсии, дисэкзометаморфопсии, микро- и макропсии);

в) пространства (порропсии) и времени (хронопсии).

При *аутометаморфопсических иллюзиях* больные жалуются на изменение ощущения нормальной величины и формы частей тела, на то, что голова становится очень большой или, наоборот, маленькой, большими, толстыми или худыми, короткими кажутся руки и ноги, растет или уменьшается в размерах все тело. Эти ощущения бывают симметричными, соразмерными или асимметричными, возникают на короткое время, пароксизмально (например, при эпилепсии) или на длительное время (например, при сифилисе мозга, опухолях), при горизонтальном и вертикальном положении больного, утром и днем или чаще вечером и ночью, а иногда только в сновидениях и ощущениях во сне.

8. Больная Т. О.. 40 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

За последние 5 лет перенесла тяжелый грипп и черепно-мозговую травму. Последний год беспокоят сильные головные боли, головокружения, на высоте которых — тошнота, рвота, двоение в глазах. Бывают внезапно возникающие и так же внезапно прекращающиеся сердцебиение и повышение температуры. Во время таких приступов отмечается полиурия.

В клинической картине: вяла, медлительна, мышление малопродуктивное, замедленное. Память и счетные функции ослаблены. При ходьбе испытывает толчки вправо.

Часто перед глазами возникают искры, разноцветные полосы, вертящиеся и проплывающие слева направо шары. Иногда кажется, что «плывет кровать» или что она сама куда-то проваливается. Реже, только при засыпании, ощущает, что у нее укорачиваются сначала руки, затем ноги и вся она становится маленькой. Пугается, вскакивает. При этом неприятные ощущения исчезают. После этого долго не может заснуть.

Хотя возникновение аутометаморфопсических переживаний в момент засыпания или вечером и ночью перед сном достаточно характерно, однако они встречаются и в бодрствующем состоянии. При этом чувство изменения величины рук и ног бывает чаще, чем чувство изменения величины всего туловища.

9. Больная Л. М., 48 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В анамнезе: менингит в 2-летнем возрасте, ревматический полиартрит с 10 лет, инсульт в 35 лет с левосторонним гемипарезом и нарушением речи, гипертонические кризы с 40 лет. Жалуется на интенсивные приступообразные головные боли с тошнотой, головокружения, неустойчивость походки с «толчками влево».

В статусе: левосторонний гемипарез, преходящая диплопия, интеллект снижен (особенно страдает память). Мышление последовательное со склонностью к детализации, отмечаются эпизодические фотопсии (разноцветные зигзаги, полосы перед глазами), цветное окрашивание букв, микропсическое восприятие объектов при взгляде вправо и аутометаморфопсии: лежа в постели вечером, перед засыпанием, ощущает увеличение рук и ног. Несколько месяцев назад появилось своеобразное переживание: гуляя по улице или в парке, она внезапно чувствует пропорциональное уменьшение всего своего тела, становится очень маленькой, «коротышкой». При этом «голова оказывается так близко от асфальта», что возникает страх, как бы не удариться головой об асфальт. К этим переживаниям, так же как ко всем остальным, критика сохранена.

Чувство изменения величины, формы отдельных частей тела или его схемы, как правило, сопровождается страхом и ипохондрическими опасениями. Нередко те же переживания наблюдаются на фоне выраженного изменения сознания.

10. Больная П. В., 30 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга (ревмоваскулит).

В анамнезе: с детства частые ангины, в 11 лет — обострение ревмокардита, в 14—15 и с 24 лет—приступы измененного сознания с дезориентировкой и чувством нереальности происходящего вокруг.

В статусе: охотно, последовательно, связно рассказывает о своих ощущениях. Способность к запоминанию снижена, ретенция сохранена, устный счет ведет с ошибками, не всегда их замечает. В состояниях, сопровождающихся дереализацией, отмечает увеличение головы и ног, иногда руки кажутся «не своими». Закрывая глаза (в сидячем или лежачем положении), она ощущает, что плывет. В сновидениях нередко чувство полета, «витания в воздухе», «падения в пропасть».

Отмечается легкая дизартрия, промахивание при пальце-носовой пробе, непроизвольные судорожные подергивания мышц рук и ног.

В отдельных случаях аутометаморфопсические иллюзии наблюдаются у больных эпилепсией перед припадком (в ауре), в структуре психического эквивалента или самостоятельно, в виде кратковременного пароксизма.

11. Больной Б. Я., 26 лет.

Диагноз: эпилепсия, осложненная алкоголизмом.

Помимо редких эпилептических припадков, отмечаются состояния помрачения сознания: иногда вечером в постели, перед сном (но не в момент засыпания), внезапно перестает понимать, где находится, ощущает, что его руки и ноги непомерно увеличиваются; пугается. Они становятся очень массивными, большими, преобладает чувство их утолщения, утяжеления, удлинения. Чувство это сохраняется 1—2 минуты, затем проходит. Очень редко подобные пароксизмы отмечаются утром и днем. К только что перенесенному активно критичен, но страх сохраняется еще долго.

Иногда аутометаморфопсическое переживание, появившееся в момент нарушения сознания, остается и после его прояснения. При этом восстановление критики по времени отстает от восстановления сознания.

12. Больная Р. О., 46 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга (ревмоваскулит).

В анамнезе: тяжелый полиартрит, ревмокардит.

В клинической картине: интеллект сохранен, отмечается общая слабость, истощаемость. Жалуется на частые головные боли, приступы головокружения (во время которых иногда теряет равновесие, падает). Вечерами перед сном иногда возникают кратковременные состояния, во время которых перестает воспринимать обращенную к ней речь. В отдельных случаях такие состояния сопровождаются вызывающим страх чувством увеличения нижней половины туловища. Это чувство остается после того, как приходит в себя и понимает, где находится. Встает, включает свет, чтобы проверить, как она действительно выглядит.

По нашим наблюдениям, крайне редко чувство увеличения или уменьшения касается частей лица, одной руки или ноги, пальцев.

13. Больная Г. О., 49 лет.

Диагноз: остаточные явления паргриппозного энцефалита.

В статусе: наряду с головными болями, головокружениями, приступами тахикардии с полиурией, изредка пароксизмально возникает кратковременное чувство увеличения, утолщения верхней губы. Щупает ее, посмотрев в зеркало, убеждается, что губа обычная. Ощущения эти не пугают, но всегда неприятны.

Аутометаморфопсические иллюзии приходится дифференцировать с дисморфофобиями, при которых можно обнаружить недостаточность или отсутствие критики, ипохондрическую оценку, паранойяльные или параноидные толкования и другую психопатологическую симптоматику.

14. Больная Т. К., 31 год.

Диагноз: шизофрения (параноидная форма).

В детстве диагностировали ревмокардит, с 25 лет отмечается гипертиреоз.

В клинической картине: ипохондрична. Нередко возникает боязнь, что появится страх (фобофобия). Часто возникает предчувствие плохого, боится сойти с ума. Старается не смотреть на себя в зеркало, так как выражение глаз кажется ненормальным. Иногда внутри головы слышит нечеткий, неясный, глухой голос, окликающий ее по имени.

Временами в бодрствующем состоянии длительно (часами и днями) ощущает, что у нее растут уши и «стоят, как у зайца». Ощупывание рукой и рассматривание в зеркале подтверждают эти ощущения. Указанными переживаниями тяготится, дает им ипохондрическую бредовую оценку. Часто видит яркие, цветные сны и во сне — «свое лицо с большими ушами», в стороне, «как отраженное чем-то».

У другой нашей больной шизофренией иногда возникало ощущение увеличения в объеме и пульсации отдельных частей тела. Она утверждала, что эти ощущения «подтверждались глазами», так как она видела в зеркале указанные изменения. Трактовала их по-бредовому.

Аутометаморфопсии часто наблюдаются одновременно с экзометаморфопсиями, которые, в свою очередь, нередко встречаются в виде самостоятельного расстройства.

При *экзометаморфопсических иллюзиях* отмечается искажение правильности восприятия величины, формы, соотношения частей, окружающих реальных объектов, пространства, времени. Реальные объекты могут, в частности, восприниматься пропорционально или непропорционально уменьшенными, увеличенными, искаженными (микро-, макродисмегалопсии), расчлененными.

Экзометаморфопсические иллюзии так же, как аутометаморфопсические, свидетельствуют о наличии органического страдания и обычно сочетаются с неврологической симптоматикой, психоорганическим синдромом и т. д.

Наши клинические наблюдения позволяют сделать вывод о том, что экзометаморфопсии реже аутометаморфопсий возникают на фоне пароксизмально нарушенного сознания или в связи с фазой сна. Кроме того, эмоциональная реакция при экзомета-

морфопсических иллюзиях отличается отсутствием безотчетного страха и ипохондрического опасения соматических нарушений. Эмоциональная реакция здесь больше связана с необычностью переживаний и возможными их последствиями. При экзометаморфопсиях еще меньше, чем при аутометаморфопсиях, нарушается критика в момент переживания, а вне переживания — критика всегда сохранена.

15. Больная Р. О., 23 года.

Диагноз: травматическая болезнь.

В статусе: постоянные, временами усиливающиеся головные боли, головокружения, нередко с тошнотой и рвотой, дизартрия, память и формальные способности ослаблены. Доступна. При изменении положения тела перед глазами возникают разноцветные пятна, плывущие в ту или иную сторону. Иногда при усилении головной боли, днем, в бодрствующем состоянии непродолжительное время воспринимает окружающих людей уменьшенными, видит их в отдалении, как в перевернутый бинокль. Эти переживания не пугают, а вызывают скорее любопытство, критична.

Аналогичные переживания у другой больной травматической болезнью перемежались с иллюзиями в виде увеличивающихся в объеме и пульсирующих деревьев, столбов или пульсирующей стены дома.

К экзометаморфопсиям относятся пространственные иллюзии — порропсии. Они заключаются в искажении правильности восприятия больным пространства и перспективы, собственного положения в пространстве и положении окружающих объектов, взаимного расстояния между больным и этими объектами, отдаленности объектов друг от друга.

16. Больная У. Т., 50 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сосудистого характера. В детстве — малая хорея, психотический эпизод с нарушением сознания.

В статусе: интеллект снижен, резко ослаблены память и формальные способности. Временами возникает состояние измененного восприятия пространства: неподвижные предметы, деревья, столбы раздвигаются, отдаляются от больной. Отдалившимися, как в перевернутом бинокле видятся люди, автомашины. При ходьбе неоднократно натыкалась на деревья, встречных людей, так как казалось, что они далеко. Несколько раз едва не попала под автомашину: «посмотрю, вижу, что она далеко, а потом оказывается, что машина рядом, и я иду прямо под нее». К переживаниям вполне критична, выраженного нарушения мышления нет.

Порропсические иллюзии могут касаться отдаленного пространства и пространства, непосредственно находящегося перед больным.

17. Больная Т. С., 51 год.

Диагноз: органическое заболевание мозга сосудистого характера.

В статусе: наряду с выраженной неврологической симптоматикой, отмечаются пространственные иллюзии с утратой чувства расстояния. Поднимаясь по лестнице, шагает мимо ступенек; промахивается, ставя посуду на стол, и роняет ее; переходя улицу, видит наезжающую на нее машину, хотя машина очень далеко. Иногда ей кажется, что дерево перемещается.

Близкими по характеру можно считать искаженные восприятия статики и динамики окружающих предметов.

18. Больной С. К., 59 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз, осложненный гипертонической болезнью.

Больной рассказывает, что в течение последних 3 лет у него нарастает ухудшение памяти. С трудом справляется с работой водителя троллейбуса. Часто болит голова, стал слабодушным. Временами кажется, что поставленный им на тормоз троллейбус с нарастающей скоростью движется на него, ясно видит, что расстояние между ним и троллейбусом уменьшается. Пугается, отходит в сторону, хотя понимает, что троллейбус двигаться не может. Критически оценивает свое состояние.

Наиболее редким нарушением сенсорного синтеза можно считать сопровождающееся изменением сознания своеобразное переживание, при котором теряется объемное восприятие окружающих предметов. В подобных случаях все окружающие предметы обычно на очень короткое время воспринимаются не в трех, а в двух измерениях, видятся плоскими. Подобные расстройства также относятся к экзсметаморфопсиям и по своему характеру ближе всего к порропсическим иллюзиям, с которыми нередко сочетаются.

19. Больная Т. У., 38 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз.

В клинической картине: головокружения, неустойчивая походка с толчками в сторону. Память и счетные функции заметно ослаблены, слабодушна. Иногда в разное время суток внезапно перестает правильно оценивать расстояние между собой и окружающими предметами, которые кажутся более близкими к ней, чем в действительности. Подходя к двери, останавливается за метр от нее, промахивается, берясь за ручку двери, или садится мимо стула. Эпизодически, также внезапно и на очень короткое время, исчисляемое секундами, все окружающие ее предметы (деревья, кусты, дома, стоящие автомашины) видятся плоскими, как бы нарисованными. Все это вызывает испуг, хотя критика сохраняется.

Тревога и страх, возникающие при порропсических иллюзиях, как правило, связаны с опасениями за собственное здоровье и с необычностью переживания, но всегда сопровождаются критической оценкой, соответствующей степени сохранности интеллекта.

Наряду с метаморфопсическими иллюзиями иногда встречаются диплопические и полиопические феномены. Заключаются они в двойственном или множественном видении действительно существующего объекта и поэтому справедливо относятся к иллюзиям.

О. Бинсвангер (1908) эти феномены называет «галлюцинаторной диплопией» и «полиопией».

При диплопических или полиопических иллюзиях удвоенными или умноженными могут видеться целостный объект или его часть.

Двоение в глазах, от видения нечеткой смазанной линии до

расхождения двоящегося образа, бывает при хронических органических заболеваниях мозга, острых органических страданиях, интоксикациях, в частности, алкогольной, при симптоматической эпилепсии, начинающейся катаракте, заболевании зрачка, множественном зрачке, а также истерии (непосредственно после припадка).

Несколько своеобразно диплопическая иллюзия представлена в приводимом ниже наблюдении, при котором она сочетается с галлюцинациями при закрытых глазах и не удается выявить какой-либо определенной закономерности двоения видимых объектов.

20. Больная У. М., 38 лет.
Диагноз: травматическая болезнь.
Жалуется на головные боли, головокружения.
В статусе: общительна, память и формальные способности заметно снижены. Выявляется дизартрия, горизонтальный нистагм, абсансы, подергивание различных групп мускулатуры.
Изредка часть поля зрения в восприятии больной приобретает оранжевое или голубое окрашивание. Вместо одной видит 2—3 лампочки, располагающиеся рядом и треугольником. Лаская ребенка, ясно видит у него на переносице третий глаз. При закрытых глазах и повороте к окну, видит силуэт мужчины, «пропадающий» при открывании глаз или повороте головы в сторону. Фиксируя взглядом различные предметы или людей, иногда на короткое время перестает их видеть — «остается только тень», затем нормальное восприятие восстанавливается. Критика всегда сохраняется. К обманам зрения относится спокойно.

Хронопсические иллюзии заключаются в искажении восприятия времени и правильности оценки во времени происходящих событий, продолжительности каждого из них, их последовательности, чередования, группировки.

К феноменам «расстройства сенсорного синтеза» примыкают (патогенетически, а не феноменологически) различного рода гностические нарушения. Эти нарушения не имеют признаков иллюзий или галлюцинаций и поэтому не включаются в классификационную таблицу иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Здесь мы кратко упоминаем о гностических нарушениях, потому что они иногда сопутствуют нарушениям сенсорного синтеза, бывают патогенетически связаны с ними, возникают в процессе развития органического заболевания мозга и могут заслонять метаморфопсическую симптоматику.

По М. О. Гуревичу, М. Я. Серейскому (1937), к видам агнозии относятся:
а) агнозия объекта — невосприятие предметов, картин (тип Лассауэра);
б) агнозия действия, или симультанная агнозия — больной узнает предметы, но действий, движений предметов не понимает. Например, рассматривая на картине людей, животных, больной не понимает, что они делают (тип Вольперта);
в) старческая апперцептивная слепота Пика, при которой больной не фиксирует предмета, а поэтому не может узнать его;

г) частичные оптические агнозии — невозможность читать (алексия), неузнавание слов (вербальная агнозия), неузнавание букв (литерная агнозия), неузнавание нот (оптическая амузия), цифр, цветов (аколория);

д) душевная агнозия — состоит в нарушении способности к оптическим представлениям и в визуальной амнезии: все виденное забывается и поэтому кажется новым и не узнается (душевная слепота Шарко-Винбранта).

Ж. Бабинский (1914) описал случаи анозогнозии, при которых больные не ориентируются в имеющихся у них парезах или параличах, отрицают их наличие. Анозогнозии нередко сопровождаются иллюзиями (ложноощущениями) в парализованных конечностях. Среди указанных ложноощущений отмечаются чувство множественности конечностей, изменение их величины, объема и т. п. При этом левосторонняя гемиплегия больше, чем правосторонняя, сопровождается ложноощущениями в парализованной конечности.

Сенсорная афазия (душевная глухота) — это неузнавание слов; аутоагнозией называют неузнавание частей собственного тела.

Е. А. Попов и др. (1935) считают, что отсутствие гемианопсических галлюцинаций при оптической агнозии говорит о невозможности возникновения галлюцинации без участия «мнестически-гностической среды».

С. Ф. Семенов (1950) объясняет аутоагнозии нарушением взаимодействия первой и второй сигнальных систем, в частности, явлениями расстройства схемы тела.

Иллюзии, связанные с нарушением сенсорного синтеза, могут сочетаться в клинической картине с галлюцинациями иного, не органического генеза. При этом органические изменения, которым присущи метаморфопсии, порропсии и т. д., влияют на имеющиеся у больного галлюцинаторные переживания, входящие в структуру сопутствующего психоза (шизофренического или экзогенного). Кроме того, возникшие уже метаморфопсические иллюзии соответствующим образом изменяют галлюцинаторные феномены. Например, микро- или макропсии органического генеза, возникшие у больного шизофренией, превращают в отдельных случаях его галлюцинации в микро- или макропсические.

Микро- или макропсические галлюцинации иногда входят в структуру психоза в качестве самостоятельного феномена, а иногда сочетаются с микро- или макропсическими иллюзиями (при различных наркоманиях — кокаинизме, эфиромании, а также при странгуляционных психозах, острой гипоксемии и др.). В картине острого интоксикационного психоза микропсические иллюзии и галлюцинации нередко лишь присоединяются к другим метаморфопсическим иллюзиям.

В этом отношении весьма демонстративно самонаблюдение А. С. Кронфельда (1940), принявшего с экспериментальной целью препарат индийской конопли. Он так описывает свои переживания: «После отравления наступило головокружение, одновременно изменились границы комнаты и контуры находящихся в ней предметов. Конечности стали тяжелыми, телесные ощущения получили признаки интерпариетального расстройства, руки стали большими, увеличившаяся правая нога летала около тела, как будто она ему не принадлежала. Обманы пространственного восприятия нарастали и, наконец, получили характер настоящих иллюзий: шкаф, бывший передо мной, двигался на меня, а предметы, находившиеся в стороне от меня, удалялись влево; лица руководителя опытом и протоколиста гримасничали. На стене мар-

шировали влево бесчисленные маленькие фигурки людей, куры, утки и другие птицы. Когда я поворачивал глаза в сторону, я видел их на новом месте, по направлению моего взгляда».

С метаморфопсическими иллюзиями непосредственно граничит феномен, который мы называем иллюзией дереализации. Это переживание, возникающее вне помрачения сознания и состоящее в нарушении восприятия объективного окружения или происходящего вокруг. Демонстративным примером иллюзии дереализации может служить наблюдение 21.

Одновременно и в связи с явлением «дереализации» обычно рассматривают явления «деперсонализации». Вместе с тем это, на наш взгляд, принципиально различные феномены. Симптом «дереализации» представляет собой одно из проявлений расстройства сенсорного синтеза, трудно отличимое в ряде случаев от расстройства сознания и поэтому он к 3-й группе отнесен условно. Симптом «дереализации», возникающий в патогенетической связи с шизофреническим процессом, отличается меньшей яркостью, чувственностью и непосредственно связан с расстройством мышления при относительной независимости от экзогенных влияний и периферических раздражений. Перечисленные особенности находятся в прямой связи не с самим симптомом «дереализации», а с существом шизофренического процесса. В то же время «деперсонализация» есть расстройство осмысления собственной личности, сложное переживание чуждости самому себе не только своего тела, но и мыслей, намерений, суждений, чувств, действий. Этот симптом патогенетически непосредственно связан с нарушением мышления, бредообразованием. Следует все же отметить, что вопрос о разграничении явлений дереализации и деперсонализации остается спорным ввиду его патогенетической и клинической сложности.

21. Больная Т. Р., 51 год.

Диагноз: органическое заболеваиие мозга сложного генеза.

В анамнезе: в 40 и 45 лет перенесла черепно-мозговые травмы, первая с признаками травматического арахноидита, гемипарезом и стойкой остаточной неврологической симптоматикой. Были повторные сосудистые кризы.

В течение последних 8 лет периодически возникает состояние дереализации: все окружающее начинает казаться изменившимся, необычным, непохожим на действительность. Однажды во время такого состояния на мгновение ощутила себя без рук и головы. Чувство «нереальности происходящего» возникает не внезапно, но нарастает быстро и продолжается от нескольких мгновений до нескольких часов, заканчивается постепенно.

Параллельно с переживанием «нереальности происходящего» правильно фиксирует во внимании объективные предметы и действия людей, отвечает на вопросы и ведет беседу, читает книгу и понимает прочитанное. Утверждает, что никто из присутствующих не замечает изменения ее состояния. О перенесенном помнит ясно, во всех деталях. Критична к состояниям дереализации. Вначале они ее «пугали, а теперь свыклась».

Близкими, но не тождественными с иллюзией дереализации, можно считать чувство «пережитого» и противоположное ему ошибочное чувство «виденного впервые».

К метаморфопсическим расстройствам весьма предположительно можно отнести *иллюзию повторяемости**. Заключается она в своеобразном переживании многократной ритмичной повторяемости всего происходящего вокруг: образов людей и животных, их движений, задаваемых вопросов, случайных реплик, прикосновений, собственных слов, движений, мыслей.

Нам не приходилось наблюдать этот феномен. По описанию Б. А. Насонова и Б. М. Куценка (1965), их больной «неожиданно с удивлением и испугом обнаружил, что большинство действий и слов окружающих начали с фотографической точностью многократно повторяться, будто повторно прокручивались одни и те же кадры кинофильма». Переживания были очень яркими и воспринимались больным с чувством реальности происходящего. По мнению авторов, описавших феномен, больной «не воспринимал повторно только что виденное» или слышанное, а ему казалось, что воспринятое только что несколько раз уже было. Феномен возникал после острого или хронического акрихинового отравления. Остается неясным, какова была при нем степень расстройства сознания (авторы указывают лишь на то, что во время каждого «эпизода повторяемости» больной переставал отвечать на вопросы).

Наряду с иллюзиями органической природы, третья классификационная группа включает зрительные, слуховые, тактильные и другие галлюцинации, возникающие также вследствие органического поражения коры больших полушарий, подкорковых образований, проводящих путей и периферических анализаторов.

Особое сочетание признаков и критериев, характеризующих такие галлюцинации, позволило обозначить их относительно самостоятельным термином — «органические галлюцинозы». Эти галлюцинозы, как правило, зрительные и тактильные. Те и другие нередко бывают у одного больного, но почти никогда не сопровождаются слуховыми обманами**.

В число *органических галлюцинозов* мы включаем:

а) галлюцинозы рецепторные (в том числе гемианоптический);

б) галлюциноз оптический Шарля Бонне;

в) галлюцинозы мезенцефалический, диэнцефалический, педункулярный Лермитта;

---

* В. А. Глазов (1945) называет этот феномен «симптомом повторяемости»; Б. А. Насонов и Б. М. Куценок (1965) симптомом «субъективного переживания повторяемости собственных психических процессов», Г. Узунов, С. Божинов, М. Йоцев и И. Георгиев — «редупликацией психических переживаний» (к которой они относят также редуплицирующие парамнезии Пика и повторяемость галлюцинаций, наблюдавшуюся ими при бромовых психозах).

** Некоторые авторы, однако, в качестве самостоятельного органического галлюциноза называют вербальный галлюциноз Плаута, встречающийся при сифилисе мозга.

г) галлюцинозы диплопический, полиопический, тактильный, двойника.

Микро- и макропсические галлюцинации, обычно возникающие при органических заболеваниях мозга и нередко при нарушении сознания, отнесены нами также к третьей группе феноменов.

Рецепторными иногда называют галлюцинозы Гауптмана, Пика, Шарля Бонне. Галлюциноз Пика — это видения ярких печатных букв, наблюдающиеся при отслойке сетчатки, а галлюциноз Гауптмана — элементарные видения в экстрапроекции в половинном поле зрения.

Квалификация галлюциноза Шарля Бонне и разграничение его (по феноменологической характеристике) с мезенцефалическим галлюцинозом Лермитта представляют известную сложность. Связана она с тем, что у одного и того же больного иногда встречаются галлюцинаторные феномены, которые можно отнести к разным типам галлюцинозов. Кроме того, обозначение тех или иных галлюцинозов именами собственными (Шарля Бонне, Лермитта и др.) создает известную путаницу, так как в оригинальных описаниях характеризуются, по-видимому, наблюдавшиеся авторами неоднотипные феномены.

Так, по описанию натуралиста и философа из Женевы Шарля Бонне (1769) у его 89-летнего предка Шарля Люлена наблюдались различные типы галлюцинозов. Галлюцинаторные образы при них были безмолвными, виделись в экстрапроекции, были весьма чувственными, связанными и не связанными со взором. Эти образы перемещались в пространстве, но не ассимилировались объективным окружением. Сознание и критика оставались сохранными, отношение к «видениям» было добродушным. Ниже приводится цитируемое по Ж. де Морсье (1938) описание феномена: «Шарль Люлен, полный здоровья, чистосердечности, рассудительности, памяти, при абсолютном бодрствовании, независимо от всякого впечатления извне замечает время от времени перед собой фигуры мужчин, женщин, птиц, экипажи, здания и т. д. Он видит, как эти фигуры совершают различные движения — приближаются, удаляются, убегают, величина их уменьшается и увеличивается, видения вновь возникают, он видит, как здания поднимаются на его глазах..., обои квартир кажутся ему неожиданно меняющимися, они покрываются картинами, представляющими различные пейзажи..., мужчины и женщины не разговаривают, и никакой звук не касается его ушей... Но очень важно заметить, что старик не принимает свои видения, как это делают те, кто думает, что они видят призраки, за реальность, он может здраво судить о всех этих появлениях и всегда восстановить свои первые суждения..., разум его этим забавляется. Он не знает, в какой момент какое видение представится ему. Видения начинаются в августе, чтобы окончательно прекратиться в сентябре, за исключением «голубых платков», которые длятся до конца. «Голубые платочки» — маленькие (один квадратный дюйм), когда он смотрит на стол, за которым он ест. Они становятся большими, как большая скатерть, когда он смотрит на фонтан, расположенный в сотне шагов от его дома. «Голубые платки» перемещаются вместе со взглядом, тогда как люди и предметы независимы от движения глаз. Люди бывают иногда маленького роста, но иногда очень высокими. Наконец, у него бывают аутоскопические явления: его двойник, «курильщик» регулярно появляется каждое утро в тот момент, когда Люлен курит свою трубку».

По самонаблюдению Люлена, дневник которого обнаружил Т. Флурнуа

(1902), видения появлялись только тогда, когда он сидел или стоял, бывали только слева и исчезали только при повороте взора вправо или закрывании глаз.

Судя по приведенным описаниям, у Ш. Люлена отмечался, наряду с простейшим рецепторным галлюцинозом («голубые платки»), более сложный галлюциноз с образами в экстрапроекции и представляемом пространстве, а также аутоскопический галлюциноз. Следует, однако, подчеркнуть, что в переживаниях Ш. Люлена не встречаются галлюцинаторные образы, ассимилирующиеся окружающими больного реальными предметами.

Оптическим рецепторным галлюцинозом Шарля Бонне* правомерно называть видение простейших образов различных, известных больному геометрических фигур (черно-белых или окрашенных), объемных или плоских фигур людей, животных и т. п. Видения эти локализуются в представляемом пространстве, накладывающемся на воспринимаемое, иногда справа, но чаще слева от взора, относительно недалеко от глаз. Они ослабевают или исчезают при напряжении внимания и имеют все остальные свойства галлюциноза.

Галлюциноз Шарля Бонне иногда называют старческим галлюцинозом. Его генез связывают с поражением зрительных анализаторов (катаракта, глаукома, травматическое поражение хрусталика) или проводящих путей [В. А. Гиляровский, 1949; Е. А. Попов, 1941; Э. Я. Штернберг, 1960].

Аналогичный феномен С. П. Рончевский (1933) называет «периферическими очаговыми экстрапсихическими галлюцинациями».

Э. Я. Штернберг (1960) наблюдал у больной с глаукомой (при слепоте справа, светоощущении слева) и начинающейся катарактой зрительные галлюцинации, которые он квалифицировал как галлюциноз Шарля Бонне. Больной «виделись» цветы, разноцветные гуси, куры, нарядно одетые дети. Все эти видения, судя по описанию, как будто ассимилировались окружающими предметами (кошки, лежащие на кровати, гуси, куры, проходящие по полу, и т. п.). Однако больная была почти полностью слепой, и поэтому не могла действительно фиксировать зрением окружающую обстановку. Это означает, что ее «видения» локализовались в экстрапроекции, но в галлюцинаторном пространстве.

Главными свойствами галлюциноза Шарля Бонне на основании своего наблюдения Э. Я. Штернберг считает ясное сознание, сохранную ориентировку, отсутствие бреда, экстрапроекцию, множественность, яркость, подвижность, сменяемость, безразличие для больного, сохранность интеллекта и критики, доступность и адекватность больного, безмолвность зрительных образов. Причинами галлюциноза автор считает обязательное поражение периферического отдела анализатора и ряд других факторов (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, возрастные соматические нарушения).

Рецепторный галлюциноз в виде различных геометрических фигур мы наблюдали у больных с поражением периферического зрительного анализатора.

* Зрительные галлюцинации у стариков при сохранной психике, сопровождающиеся критическим отношением, Ж. де Морсье (1938) назвал галлюцинозом Шарля Бонне.

22. Больная М. Д., 47 лет.

Диагноз: травматическая болезнь.

В клинической картине: головные боли, головокружения, генерализованная неврологическая симптоматика, двоение в глазах, сужение полей зрения и центральная скотома слева. Память ослаблена. Эпизодически на расстоянии 1—2 метров от глаз, больше слева, возникает видение геометрических фигур (квадратов, кругов, треугольников) красного цвета. Фигуры проплывают слева направо. К видениям критична, привыкла к ним.

Эффективное лечение периферического анализатора нередко устраняет рецепторный галлюциноз.

23. Больная И. О., 24 года.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В раннем детстве перенесла менингоэнцефалит, в 12 лет — черепно-мозговую травму. За месяц до поступления у больной появились боли в глазных яблоках и одновременно вечерами стали «видеться» различные геометрические фигуры: квадраты, треугольники, трапеции. Возникали они вблизи от глаз при сохранении критичности больной. Была диагностирована глаукома. После оперативного лечения галлюцинации не повторялись.

Видение геометрических фигур и других образов в представляемом пространстве отмечено нами также у больных с тяжелыми острыми органическими поражениями мозга, вызванными отравлением. По-видимому, во всех подобных случаях имеется токсическое поражение зрительного анализатора. Отличие от приведенных выше наблюдений состоит лишь в том, что галлюциноз, близкий феноменологически к типу Шарля Бонне, возникает при меньшей (набл. 24) или большей (набл. 25) степени помрачения сознания.

24. Больной И. Я., 36 лет.

Диагноз: травматическая болезнь, осложненная алкоголизмом. Отравление тиофосом.

С 24 лет страдает травматической болезнью и алкоголизмом. Перед поступлением выпил 100 г раствора тиофоса. Перед тем, как развились тяжелые соматические признаки отравления, в психическом статусе патологии выявлено не было.

В период соматического улучшения (на шестые сутки после отравления) психическое состояние было изменчивым: заторможенность перемежалась с возбуждением, при котором больной плакал, звал на помощь, боялся смерти, прислушивался к разговору врачей. При ухудшении состояния вечером, во враче узнавал «Райку», но в беседе соглашался, что это врач. Тревожно всматривался вдаль, иногда уверял, что «летят кристаллы как кубики или полые треугольники, совершенно прозрачные, они все время в движении, поворачиваются гранями к свету, с правильными четкими ребрами, ровными краями, как в школьных учебниках». Смотрел на них спокойно, на лице ни страха, ни тревоги. Охотно описывал их врачу. Затем наступило помрачение сознания со страхом, психомоторным возбуждением. После 13-часового сна помнил о видении перед глазами геометрических фигур, был к ним критичен, полностью амнезировал период возбуждения.

В этом случае нельзя исключить участие в генезе зрительных обманов больших доз атропина, применявшихся с лечебной целью. Однако в следующем наблюдении видение геометрических фигур отмечено до лечения атропином.

25. Больной Г. Д., 24 года.

Диагноз: психопатия. Острое отравление тиофосом.

С суицидальной целью выпил три флакона неразведенного тиофоса. Вскоре возникло двигательное возбуждение. На фоне стены увидел какие-то тени, обрывки материи, превратившиеся в падающие кристаллы в виде призм, цилиндров. «Они кружились медленно, опускались вниз. Понимал, что ему «мерещится». Возникший вначале страх прошел, и он спокойно «рассматривал геометричекие фигуры», но без особого интереса. Постепенно изменились звуки, голоса врачей вокруг стали растворяться, исчезать, а перед глазами поплыли «как киноленты» быстро сменяющиеся картины с большими массовыми сценами морских боев, гибнущих кораблей, видел «барахтающихся в желтой воде коричневых людей», они «кричали, но звука не было», ждал звука, сердился и смеялся. Все люди были обычного роста, четко их видел, «только похожи, как одно лицо». Иногда они подмигивали ему, строили рожи. Потом, к вечеру, они «обозлились, стали швырять в него тяжелыми камнями, ругаться, стыдить его», он лениво отругивался и уклонялся от ударов. Одновременно знал, что находится в больнице. Увидел себя на мотоцикле, чувствовал, как летит в пропасть, присоединился страх, слышал звук мотора.

В период выздоравливания подробно рассказывает о видении кристаллов, треугольников, кругов, квадратов. Остальные зрительные галлюцинации помнит, как пережитые в сновидениях, некоторые из них восстанавливает в памяти лишь после подсказки по записям в истории болезни.

В последнем наблюдении интоксикационный психоз развился у больного психопатией, в то время как в предыдущем — на фоне органического заболевания мозга. Интересно, что в обоих случаях наблюдалось постепенное изменение и помрачение сознания. Причем оптический галлюциноз отмечался на начальных этапах нарушения сознания, сменявшегося затем глубоким помрачением аментивного, коматозного (набл. 24) или онирического (набл. 25) характера.

Мезенцефалический, педункулярный галлюциноз (Ж. Лермитт, 1922) имеет локальный органический генез и связан с поражением мезенцефалической области (область IV желудочка и мозговых ножек). Этот галлюциноз сопровождается неврологическими симптомами, указывающими на поражение «покрышки или основания среднего мозга». Развивается он на фоне сохранной или незначительно измененной критики и заключается в том, что обычно вечером или ночью появляются красочные, яркие, подвижные, всегда микропсические, чаще зоопсические (змеи, птицы, животные) безмолвные галлюцинаторные образы. Они скорее приятны, чем неприятны больному, не враждебны, вызывают любопытство. Видятся они в представляемом пространстве, на расстоянии от нескольких десятков сантиметров до 1—2 метров, обычно справа или слева, на уровне глаз, вне связи с объективными предметами.

Дальнейшее развитие патологического органического процесса может привести к постепенно нарастающему помрачению сознания и, следовательно, нарушению критики.

Этот тип галлюциноза Э. М. Залкинд (1935) назвал мезенцефалическим. Французские психиатры в последние годы уделяют много внимания изу-

чению галлюциноза Лермитта, который они называют «неврологическим галлюцинозом» и наблюдают при поражении ствола мозга. Основные признаки галлюциноза, возникающего при поражении различных участков ствола мозга, следующие: возникновение в сумерках, в вечернее время при закрытых глазах и при засыпании; красочность и распределение по всему полю зрения; сочетание с тактильными обманами при безусловном отсутствии слуховых; сохранность критики и приятный для больного сюжет; спокойное отношение больных к появившимся образам. В настоящее время интерес к этим феноменам возобновился в связи с углублением знаний о вертебро-базилярной недостаточности, при которой они иногда наблюдаются.

Педункулярный галлюциноз редко встречается в психиатрической клинике и обычно трактуется как галлюцинации гипнагогические или псевдогаллюцинации. Приведенные выше признаки, однако, дают возможность четко квалифицировать этот вид галлюцинаторных расстройств.

Следует отметить, что по поводу состояния сознания при педункулярном галлюцинозе нет единой точки зрения: одни авторы характеризуют сознание в момент возникновения галлюциноза как непомраченное или слегка измененное (Ж. Лермитт, 1922), а другие признают, что галлюциноз эквивалентен сновидению (В. Богарт, 1927), сознание при нем «грезоподобно», «сновидно» (Э. М. Залкинд, 1935); соответствует «сну наяву» (Ж. де Морсье, 1938), зависимо от фазы сна (Е. А. Попов, 1941).

Педункулярный галлюциноз возникает на очень непродолжительное время (набл. 26), а иногда его приходится дифференцировать с пароксизмальными галлюцинациями (набл. 27).

26. Больная Б. Н., 64 года.

Диагноз: травматическая болезнь.

Через год после тяжелой черепно-мозговой травмы стали возникать своеобразные зрительные галлюцинации: в правом поле зрения, на расстоянии около метра от глаз виделись мелкие животные «наподобие хомячков», белые, пробегавшие мимо. Видения беззвучны, продолжаются минуту или две, вызывают любопытство и сопровождаются достаточной критикой.

Кратковременность галлюцинаторного переживания, однотипность сюжета у одного и того же больного, благодушная эмоциональная реакция и сохранность критики, по-видимому, достаточно типичны для педункулярного галлюциноза.

27. Больная З. Л., 37 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В анамнезе: ревматизм, черепно-мозговая травма.

В статусе: головные боли, головокружения, усиливающиеся при закрытых глазах с ощущением толчка влево, тошнотой. Ухудшение памяти, вялость, медлительность, снижение формальных способностей. Зрительные микропсические галлюцинации: больная в течение 5—6 дней почти в одно и то же время, утром на рассвете и в сумерках при непомраченном сознании и сохранной ориентировке обычно «видит» ангелов и чертей. Видения всегда одинаковы, продолжаются не более минуты. Маленькие черти располагаются слева, а маленькие ангелы справа. Видения четкие, с хорошо различимыми отдельными деталями, проецируются перед взором, в 30—35 см от глаз, внезапно появляются и исчезают, не вызывают тревоги или страха; критика сохранена. В сновидениях переживает резкие, неприятные вкусовые ощущения

и чувство, что руки, ноги, голова становятся очень большими или очень маленькими.

Некоторые авторы находят известное сходство между педункулярным галлюцинозом и периферическими галлюцинациями. Однако педункулярный галлюциноз отличается бо́льшими яркостью, чувственностью и более богатым содержанием.

В. Х. Кандинский (1880) характерной чертой периферических галлюцинаций, в сравнении с центральными, считает их элементарность, примитивность и сохранение при закрытых глазах. В противовес этому яркие зрительные образы галлюцинаций центрального происхождения при закрывании глаз исчезают или изменяются, а при движении глаз не следуют за взором.

Мы не нашли литературных указаний на выделение вербального галлюциноза, близкого по структуре к педункулярному. Однако нами наблюдались больные с симптомом фонического галлюциноза, феноменологически сходного с оптическим педункулярным галлюцинозом (набл. 28).

28. Больная У. Ж., 48 лет.

Диагноз: органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза.

В статусе: генерализованная неврологическая симптоматика. Память и формальные способности заметно ослаблены. В бодрствующем состоянии, вне какого-либо помрачения сознания, при сохранной критике больная «слышит» внутри левого уха или в непосредственной близости от него музыку, часто сопровождающуюся пением без слов. Мелодии, давно или недавно слышавшиеся, возникают обычно непроизвольно, но могут произвольно меняться, и тогда больная как бы слышит слова песни, не различая их. Во время беседы больной с кем-либо музыка исчезает. При шуме вокруг (в метро, трамвае) музыка усиливается. Больная с интересом относится к галлюцинациям, они ей нравятся. Чувств насильственности и сделанности никогда не бывает.

Сходство с органическим галлюцинозом в этом случае обусловлено сенсорностью феномена, его левосторонностью и критическим благодушным отношением больной. Перечисленные качества дают основание полагать, что это не навязчивые представления, а галлюциноз с элементом навязчивости.

Галлюцинаторный феномен, отмеченный в наблюдении 28, по клиническому проявлению занимает промежуточное положение между оптическим педункулярным галлюцинозом и вербальным галлюцинозом Плаута.

Вербальный слуховой галлюциноз Плаута (Ф. Плаут, 1913), — патогномоничный для сифилиса мозга, заключается в реалистичных, громких слуховых обманах, воспринимаемых в экстрапроекции при сохранении к ним частично критического отношения больного. В отдельных случаях галлюциноз может периодически сочетаться с бредовой интерпретацией и, по-видимому, нарушением сознания с психомоторным возбуждением.

Диплопический, полиопический галлюциноз выражается в ви́дении без объекта образов удвоенными, умноженными, стереотипных, обычно неподвижных, иногда хаотично расположенных. Эти образы имеют экстрапроекцию, но не вступают «во взаимоотношения» с окружающими объектами, видящимися на их фоне. Патогенетически подобный галлюциноз связан с по-

ражением периферических анализаторов, проводящих путей, подкорковых центров. Отличие от диплопических и полиопических иллюзий состоит в том, что при них удвоенными, умноженными видятся действительные, объективно существующие предметы.

К числу органических галлюцинозов мы относим также одну из форм тактильных галлюцинаций.

Тактильный галлюциноз, наблюдаемый при экзогенно-органических заболеваниях, патогенетически и клинически вполне сопоставим с аналогичным оптическим органическим галлюцинозом, что дает основание для отнесения его к общей с этим галлюцинозом группе.

Наиболее четкая систематика тактильных органических галлюцинозов приводится в работе Л. М. Анашкиной (1978). Так же как оптические, она разделяет тактильные галлюцинозы на три типа, каждый из которых соответствует основным признакам галлюциноза:

1 — не усложняющиеся галлюцинозы, не сопровождающиеся острой аффективной реакцией и не имеющие тенденции к генерализации (осязание различных предметов — шариков, монет, кнопок и т. п.);

2 — усложняющиеся галлюцинозы, сопровождающиеся острым аффектом (генерализованное осязание наэлектризованности одежды, скользящего теплового луча и т. п.);

3 — сформировавшиеся генерализованные галлюцинозы, связанные с частями собственного тела (ощущение ползающих, проникающих в кожу мелких насекомых, червей, спиралей и т. п.) и ассимилирующиеся ими.

К феноменам 3-й группы может быть отнесен один из видов аутоскопии — виде́ние собственного двойника, отмечаемое при церебрастении, энцефалопатии (различного генеза). Это виде́ние исчезает при напряжении внимания, сопровождается критическим отношением субъекта и имеет характер «мнестического эйдетизма».

Видение собственного двойника, симптом истинного двойника, аутоскопия, дейтероскопия встречаются при ряде заболеваний в виде принципиально различных феноменов. Эти феномены имеют самый различный патогенез, обладают разной степенью патологической связи с процессами мышления и поэтому должны располагаться на разных ступенях классификационной лестницы.

Мы выделяем пять типов видения собственного двойника:

а) «двойник эйдетический», патогенетически близкий к органическим галлюцинозам, как правило, это автопортрет в экстрапроекции, не связанный со взором и реальными объектами окружения (3-я и 5-я группы);

б) «двойник галлюцинаторный», имеющий характер истинных галлюцинаций, ассимилирующихся окружающим больного реальным миром (10-я группа);

в) «двойник псевдогаллюцинаторный», обладающий всеми признаками псевдогаллюцинаций с интрапроекцией (11-я группа);

г) «двойник бредово-галлюцинаторный» — бредовое ощущение раздвоения собственной личности на два самостоятельных лица и пребывания одного из них рядом, чаще слева, а также ощущение (но не «видение») двойника, повторяющего движения больного, его дыхание и др. (11-я группа);

д) «бред двойника» — наличие бредовой убежденности в существова-

нии двойника, имеющего тождественные с больным внешний вид, стремления, чувства, проявляющего иногда дружественные по отношению к больному, а иногда враждебные к нему намерения.

«Переживание собственного двойника», встречающееся при органических поражениях головного мозга, всегда бывает преходящим, эпизодическим, сопровождается полной сохранностью критики больного и не имеет патологической связи с процессами мышления. Образ такого двойника локализуется на небольшом расстоянии от взора, обычно вечером, чаще справа, в виде статичного двухмерного собственного изображения.

29. Больной У. К., 44 года*.

Диагноз: травматическая энцефалопатия.

В клинической картине: раздражительность, эксплозивность, неврологическая симптоматика — асимметрия лицевой иннервации, адиадохокинез, анизорефлексия, нечеткость пальце-носовой пробы.

При значительном интеллектуальном утомлении, обычно вечером, в конце рабочего дня, видит свой образ. Этот образ представляет собой неподвижное, без мимики, портретное изображение, расположенное вправо от взора, в 25—30 см от глаз. Критическое отношение больного сохраняется полностью. Видение продолжается 10—15 минут, не пугает, но вызывает неприятное чувство «чего-то болезненного». В один и тот же вечер не повторяется. Во время отдыха не возникает.

Аутоскопическая галлюцинация такого типа имеет некоторые признаки органического оптического галлюциноза.

Отдельные авторы склонны феномен переживания двойника прямо или косвенно (опосредованно) связывать патогенетически с нарушением сенсорного синтеза, сочетающегося с вестибулярной недостаточностью (Т. К. Кашкарова, 1959).

К. А. Скворцов (1931) задолго до Т. К. Кашкаровой описал 10 случаев сочетания признаков вестибулярного страдания с ощущениями изменения формы своего тела. Отмечая, что «лабиринтопатии создают благоприятную почву для галлюцинаций», он подчеркивает новое обстоятельство, а именно, что «галлюцинация двойника тесно связана с переживанием изменения формы тела и стимулируется изменением внутреннего или внешнего моторного ритма». По его наблюдениям, двойник возникал всякий раз, когда имеющаяся уже болезненная готовность стимулировалась «последним ударом» внешнего или внутреннего раздражителя. По утверждению К. А. Скворцова, наряду с узнаванием себя в галлюцинаторном образе или отождествлением его с собой больные испытывают изменения скорости протекающего времени.

С. Ф. Семенов (1965) наблюдал у больного с ранением в область теменной доли справа и наличием диэнцефальной симптоматики «переживание своего образа, который, по мнению автора, всегда является знанием, переживанием своего второго «я», но не визуальным образом».

К феноменам 3-й группы можно отнести галлюцинации, которые С. П. Рончевский с соавт. (1935) назвали сенсориальными. Это галлюцинаторные переживания, вызванные раздражением чувствительных областей мозга и отличающиеся несложностью сюжета, отсутствием связи с аффектом.

---

* Наблюдение сделано совместно с В. В. Кулешовой (1973).

Некоторое патогенетическое сходство с галлюцинациями органической природы имеет диагностическая проба Липмана, на кратком описании которой мы остановимся при ее сравнении с суггестивными пробами В. М. Бехтерева, Ригера-Рейхарда, Ашаффенбурга и др. (гл. IV).

4-я группа: иллюзии рефлекторные (синестезии), функциональные (парейдолические), иллюзии и галлюцинации аффективные, психогенные

Феномены, объединяемые этой группой, имеют большую, чем предыдущие, связь с процессом мышления. Однако они возникают без предшествующей патологии мышления, вне помрачения сознания, без патогенетической зависимости от поражения периферического рецепторного аппарата и подкорковых центров. Более последовательный переход можно было бы усмотреть между феноменами третьей (иллюзии, галлюцинации органической природы) и седьмой группы (иллюзии, галлюцинации при синдромах помраченного сознания). Такое последовательное расположение 3-й и 7-й групп позволило бы включенные в них феномены объединить отделом, содержащим психопатологические симптомы экзогенно-органической природы. В этом случае все же была бы нарушена стройная система, по которой психопатологические феномены на шкале иллюзий и галлюцинаций усложняются по мере углубления их связи с патологией мышления при учете состояния сознания. Кроме того, расположенные между 4-й и 7-й группами явления эйдетизма (5-я группа), а также «видения во сне и гипнозе» (6-я группа) составляют патогенетическую и психопатологическую основу феноменов предшествующих и последующих групп. Действительно, явления эйдетизма, возникающие вне помрачения сознания, имеют сходство с феноменами 3—4-й групп по ряду признаков. «Видения во сне и гипнозе» по многим признакам сходны с феноменами 7-й и 8-й групп, обусловленными фазовыми состояниями и расстройством сознания. Таким образом, феномены 5-й группы составляют как бы основание для феноменов 3—4-й групп, а феномены 6-й — для 7—8-й групп.

Отличительной чертой иллюзорных и галлюцинаторных переживаний, объединенных 4-й группой, оказывается то, что критика к ним в момент переживания ослаблена или отсутствует, а по прекращении переживания — полностью восстанавливается.

Вообще иллюзии могут возникать у лиц, страдающих так называемыми пограничными состояниями, различными органическими заболеваниями мозга, шизофренией. В соответствии с этим, генез разных иллюзорных переживаний оказывается различным. В одних случаях он связан с поражением периферической нервной системы (2-я группа) или органическим заболеванием мозга (3-я группа). В других — с функциональными расстройствами, психогенией (4-я группа), или с расстройством сознания (6—8-я группы), наконец, с бредом (9—10-я группы).

При этом следует отметить, что внутригрупповая (в 4-й группе) и межгрупповая систематика иллюзий представляет значительную сложность, обусловленную следующими факторами:

а) иллюзии — феномен, встречающийся как у людей, не страдающих психическим заболеванием, так и у психически больных;

б) у психически здоровых иллюзии всегда имеют психогенное происхождение, это всегда так называемые психические, аффективные иллюзии. У психически больных иллюзии могут быть также психогенными, аффективными, но могут быть опосредованы бредом, вызывающим аффект;

в) иллюзии могут возникать при нарушении сознания и вне помрачения сознания, патогенез и клиника тех и других иллюзий различны;

г) в ряде случаев иллюзии не только практически(диагностически), но и теоретически трудно отличимы от галлюцинаций (например, иллюзии вкуса, обоняния).

Рефлекторные иллюзии, или синестезии — это возникновение иллюзорных восприятий в одном анализаторе при раздражении периферического окончания другого анализатора, как бы иррадиация раздражения с трансформацией ощущения. Они принципиально отличаются от рефлекторных галлюцинаций, рассматриваемых в 9-й группе, так же как вообще иллюзии отличаются от галлюцинаций. Синестезии имеют некоторое феноменологическое сходство с иллюзиями цвета, отличаясь от них четкой иррадиацией раздражения от одного анализатора к другому, отсутствием выраженного органического генеза и несколько большей связью с процессом мышления.

В соответствии с приведенным определением различные авторы относят к синестезиям:

фонопсии — цветной слух — сочетание реальных действительных музыкальных нот с кажущимся видением цвета;

синопсии — сочетание реальных действительных зрительных образов с кажущимися ощущениями в других анализаторах;

синосмии — возникновение кажущихся запахов при восприятии другими анализаторами реальных слуховых, зрительных, вкусовых образов;

фотизмы — возникновение кажущихся зрительных образов при фиксации другими анализаторами реальных объектов;

фонизмы — возникновение кажущихся звуковых, иногда музыкальных образов при фиксации другими анализаторами реальных объектов.

К синестезиям относятся также синпсихалгии — появление или усиление болевых ощущений невралгического характера при наблюдении за другим человеком, который мучается от боли или которому пытаются причинить боль.

Своеобразной формой тактильной синестезии можно приз-

нать «визуализацию» — яркое представление в экстрапроекции геометрической фигуры, нацарапанной на коже.

П. М. Никифоровский (1937), сообщая, что синестезии впервые описаны Гофманом в 1786 году, пытается объяснить их патогенетическую сущность установлением атипичных условно-рефлекторных связей. По его данным, у одних людей синестезия заключается в сопровождении звуков цветовыми ощущениями, а у других — цветовыми обрамлениями вокруг действительного объекта, чаще продуцирующего звучания (цветной ореол вокруг певца, музыканта, рояля). Рефлекторные иллюзии, или синестезии, нередко бывают у композиторов, поэтов, художников. По одним свидетельствам (В. А. Гиляровский, 1938), синестезии в виде «цветного слуха» испытывал Н. А. Римский-Корсаков; по другим (П. М. Никифоровский, 1937) — А. Н. Скрябин, Г. Гейне, Н. К. Чюрлёнис. С. С. Корсаков (1913) пишет о братьях Нуссбаумер, у которых (по сообщению одного из них) каждому определенному звуку соответствовало свое цветоощущение.

Мы не приводим здесь наши наблюдения над людьми, у которых бывают синестезии, поскольку подобного рода наблюдения неоднократно описывались в психиатрической литературе.

Остановимся лишь на одном случае, при котором отмечается феномен, близкий к синестезии. Речь идет о своеобразном возникновении зрительных цветовых ощущений не в виде реакции на раздражение другого анализатора, а в виде реакции на определенные слова или, вернее, понятия. Это явление мы назвали идеаторной синестезией. В нашем наблюдении цветоощущения вызываются словами, определяющими наименования городов, рек, стран.

30. Больной Л. Р., 60 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз, осложненный алкоголизмом.

В статусе: память на текущие события резко снижена, устный счет ведет с ошибками. В беседе активен, многословен, проявляет к ней большой интерес. Отмечает возникающие перед глазами при утомлении разноцветные кольца, полосы, проплывающие слева направо в 30—40 см от глаз. Сообщает, что на протяжении последних 5—6 лет у него с любыми географическими обозначениями (названиями стран, городов, рек) ассоциируется какой-либо цвет. При этом каждому наименованию всегда соответствует одно и то же цветоощущение. Указанное цветоощущение может быть в представлении, но может также локализоваться в воспринимаемом пространстве в виде окрашивания окружающих предметов. Так, например, услышав или прочитав слово «Одесса», он короткое время видит перед глазами синий фон и все окружающие предметы приобретают синюю окраску. К этому явлению относится спокойно, критичен.

Парейдолии — образы, возникающие в связи с каким-либо действительно имеющим место раздражителем того же анализатора. Термин «парейдолии» предложил К. Ясперс (1923), который дал первое описание этого феномена. Парейдолические иллюзии, как правило, зрительные, хотя бывают и слуховыми; обычно они фантастичны, причудливы, сменяемы.

Под термином «парейдолии» нередко понимают феноменологически различные явления. К ним относят:

а) иллюзорноподобные восприятия, возникающие в рамках

йствительного объекта или в тесной связи с этим объектом, отя и несколько выходящие за его пределы. Это имеющее интимную связь с представлениями активное, произвольное фантазирование на основе воспринимаемого действительного объекта с обязательным использованием его деталей. Мы называем такие парейдолии произвольными. По некоторым свидетельствам (В. А. Гиляровский, 1938), такие произвольные парейдолии были у Леонардо да Винчи;

б) парейдолические иллюзии, для формирования которых используются контуры, линии, цвета, рельеф действительного элементарного объекта, например, выбоины в штукатурке, шляпки вбитого в стенку гвоздя и др. (пятно на обоях — страшная морда, вентиляционное отверстие — жерло пушки и т. п.);

в) феномены, которые мы называем парейдолическими галлюцинациями — зрительные переживания, непроизвольно возникающие обычно при нарушении сознания в связи с восприятием действительного объекта, но совершенно не соответствующие ему по форме, величине, структуре, резко выходящие за его границы (аист вместо лампочки над дверью, волк вместо туфли, стоящей на полу). От функциональных галлюцинаций эти феномены отличаются тем, что они видятся вместо объекта-раздражителя, а не одновременно и параллельно с ним. Таким образом, речь идет о феноменах, переходных между парейдолическими иллюзиями и функциональными галлюцинациями. В случаях, связанных только с расстройством сознания, при которых галлюцинаторный образ, возникший на основе реального объекта, полностью отделяется от него и как бы начинает самостоятельное существование (чертик, образовавшийся на рисунке ковра, спрыгивающий с ковра и бегающий по комнате), можно говорить о галлюцинаторном феномене, промежуточном между функциональными галлюцинациями и галлюцинациями помраченного сознания.

Исходя из всего сказанного, нельзя признать правильным деление парейдолий только по признаку их совпадения или несовпадения с контурами действительного объекта (М. И. Фотьянов, 1973), а также в связи с особенностями их статического или динамического соотношения с объектом-раздражителем. Такое деление, основываясь на формальных феноменологических признаках, не охватывает все встречающиеся явления.

М. И. Фотьянов (1973) фактически повторяет разделение парейдолий, приводимое М. О. Гуревичем и М. Я. Серейским (1932). Они, отмечая, что парейдолии Ясперса — это разукрашивание несуществующими подробностями существующего незначительного объекта (вследствие фантазирования или возникновения «произвольных иллюзий»), разделяют парейдолии на 2 рода:

а) видимые в пределах пятна, рисунка обоев и т. д. фигуры людей, животных, с критическим к ним отношением;

б) дополнение к реальному рисунку совсем другого образа, т. е. возникновение на базе реального рисунка нового образа с признаками реальности.

Парейдолические галлюцинации могут входить в структуру психоза наряду с другими психопатологическими симптомами, в частности, бредом. Они нередко встречаются одновременно с другими галлюцинаторными переживаниями.

Парейдолические иллюзии и особенно галлюцинации своим возникновением значительно больше предыдущих феноменов обязаны активности интеллектуального творчества, хотя А. В. Снежневский (1968) считает, что парейдолии возникают при снижении тонуса психической деятельности.

Теоретически можно предположить, что основанием для феномена, близкого в одних случаях к парейдолическим иллюзиям, а в других — к парейдолическим галлюцинациям, служат эйдетические образы. Такие эйдетические образы часто присущи детям, и именно дети в начале психического заболевания страдают патологическим зрительным фантазированием, основу которого составляет эйдетизм.

Аффективные, психогенные, психические иллюзии представляют собой искаженное «видение» действительных объектов, возникающее под влиянием психогении или аффекта. Способствующими возникновению иллюзий факторами всегда являются темнота, вечернее или ночное время. Под влиянием аффекта страха человек принимает одни объекты за другие — иллюзорные, которые, как правило, пугают, представляют враждебную силу. Так, в темной комнате лежащий около кровати обрывок бумаги кажется торчащей из-под кровати рукой убийцы, а лунный луч, пробивающийся сквозь деревья на кладбище — мертвецом, привидением и т. п. Таким образом, в формировании психогенных, аффективных иллюзий принимает более активное участие мыслительный процесс. Вместе с тем связь этих иллюзий с мышлением не патологическая. Их возникновение основывается не на расстройстве мышления, а на функциональном, психогенно обусловленном нарушении аффективно-эмоциональной сферы.

К психогенным иллюзиям, возникающим на высоте аффекта, можно отнести заимствуемый из учебника в учебник пример о том, что Лютер в разгар богословского спора с Бироном увидел в складках его одежды образ дьявола.

По мнению В. П. Осипова (1923), психические иллюзии обусловлены психологическими причинами, заключающимися в нарушении деятельности внимания, памяти, чувственного тона и др. А. В. Снежневский (1970) иллюзии, названные перечисленными выше авторами психическими, разделяет на аффективные, вербальные и парейдолии, относя при этом вербальные иллюзии к расстройству восприятия и бреду отношения.

В 4-й группе нами рассматриваются также психогенные галлюцинации. Иллюзии и галлюцинации психогенной природы («экстатические», по некоторым авторам) патогенетически весьма близки друг к другу и могут наблюдаться у одного и того же больного. Те и другие имеют существенное патогенетическое

сходство с внушенными и самовнушенными (аутосуггестивными) иллюзиями и галлюцинациями. Отличие психогенных иллюзий от галлюцинаций состоит в том, что психогенные иллюзии всегда возникают при открытых глазах и всегда связаны с конкретными реальными объектами, воспринимаемыми в данный момент больным. Темнота, вечернее время, желание спать лишь усиливают частоту их возникновения и усложняют сюжет.

Галлюцинации, называемые психогенными [О. Бинсвангер, 1908; В. А. Гиляровский, 1949; В. П. Осипов, 1923; Ф. Е. Рыбаков ,1916] могут возникать у психически здоровых людей под влиянием аффекта, религиозного экстаза, ситуаций, близких к суггестивным. Они обычно отличаются четкостью оформления, реалистичностью образов, могут быть объемными трехмерными и плоскостными двухмерными. В момент галлюцинирования нет помрачения сознания, но можно говорить о его изменении, сужении (без нарушения ориентировки и осмысления). Этим обстоятельством объясняется то, что галлюцинации вызывают страх у больных, хотя одновременно имеется понимание их нереальности. Видимые при открытых глазах психогенные галлюцинации иногда локализуются в воспринимаемом пространстве и феноменологически близки к истинным.

Психогенные галлюцинации, связанные с хронической психогенной травматизацией, появившиеся после кульминации психогении, возникают при закрытых, а иногда при открытых глазах, чаще в темноте. Их сюжет основывается на воспоминании о психотравмирующем факторе.

В. П. Осипов (1923) сообщает о случаях, при которых больные, перенесшие психическую травму, после любого конфликта, закрыв глаза, могут сразу же впасть в особое состояние с возникновением видений, связанных с прошлой психотравмирующей ситуацией.

Демонстративным примером психогенной галлюцинации, возникающей после острой психогении, может послужить следующее наблюдение.

31. Больная Л. Б., 56 лет.

Диагноз: реактивный психоз, протрагированный.

Жалуется на слезливость, плохое настроение. Заболела после смерти мужа два месяца назад. Смерть произошла внезапно на глазах у больной и потрясла ее. Первые 15 дней непрерывно плакала, «находилась, как в тумане», не отдавала себе отчета в мыслях, переживаниях и поступках. Приблизительно через 2 недели стала по ночам видеть и слышать мужа, который «приходит к ней ночью, разговаривает с ней, причиняет ей боль». Утром обнаруживает на теле, в соответствующих местах, кровоподтеки. Утверждает, что перед «приходом» мужа не спит, хотя это случается часа в 2—3 ночи. Она просыпается заранее, смотрит на его фотографию и даже ждет его прихода. Отмечает, что при его появлении «комнату заволакивает мглой», мужа видит отчетливо, за исключением лица, ощущает его руки, тепло. Разговаривая с ним, всегда понимает, что «этого не должно быть потому, что муж мертв». В последнее время «визиты» мужа стали редкими, но днем слышит, как ее окликает по имени голос мужа, отзывается и даже видит его

тень, уходящую по коридору мимо ванной комнаты, где она в это время стирает. Появилась зависть и недоброжелательство по отношению ко всем мужчинам его возраста, злость по поводу того, что они живы. Понимает, что происходящее с ней — явление ненормальное.

Психогенные галлюцинации патогенетически имеют много общего с галлюцинациями истерического генеза, отличаясь от них психопатологически: бóльшим соответствием галлюцинаторного содержания психотравмирующему фактору и отсутствием в момент галлюцинирования эпизодического, пароксизмального расстройства сознания. При описании истерических галлюцинаторных эпизодов мы вернемся с целью сопоставления к психогенным галлюцинациям.

Вербальные иллюзии — феномен более сложный, чем зрительные аффективные (психические) иллюзии. Заключается он в том, что больной в шуме голосов, в других звуках или в посторонней речи слышит слова и фразы, имеющие к нему отношение и очень часто совпадающие по сюжету с его аффективными или бредовыми переживаниями. В первом случае это оклики, слышимые в объективно существующем шуме голосов (их необходимо отличать от галлюцинаторных окликов), а во втором— собственно вербальные иллюзии, часто очень трудно отличимые от так называемых бредовых иллюзий. В подобных случаях нередко большие затруднения вызывает дифференциация трех принципиально различных явлений, к которым относятся:

а) бредовая или сверхценная интерпретация действительно слышанных в толпе слов, отрывков фраз и полных фраз, отнесение их больным на свой счет;

б) иллюзорная переработка действительно слышанных слов, междометий, звуков с восприятием их в виде других соответствующих настроению больного слов и фраз;

в) вербальные галлюцинации, возникающие в шуме толпы— истинные (10-я группа) или функциональные (9-я группа).

Соответствующие переживания могут быть не только вербальными, но также зрительными, вкусовыми, обонятельными и др. В отдельных случаях роль аффекта (психогении), вызывающего психогенные иллюзии, играет бредовая концепция, ведущая к аффектации и через нее (опосредованно) к иллюзиям, возникшим на основе бреда. В подобных случаях нельзя исключить близкого к аутосуггестивному механизму возникновения иллюзий такого же аутосуггестивного механизма возникновения галлюцинаций (см. 6-ю группу).

5-я группа: явления эйдетизма

К явлениям эйдетического ряда мы относим: сенсориализацию представлений, последовательные образы, последовательный эйдетизм, мнестический эйдетизм.

Феномены эйдетического ряда представляют собой явления, переходные от физиологической нормы к патологии. По некоторым признакам их можно было бы расположить между 1-й (ил-

люзии физические и физиологические) и 2-й («неврологические» иллюзии) группами, но более обоснованным мы считаем расположение их между группами 4-й (иллюзии психические, психогенные) и 6—8-й (феномены помраченного сознания). Указанное расположение обусловлено тем, что эйдетизм по ряду свойств обладает как некоторыми признаками иллюзий, так и некоторыми особенностями галлюцинаций, занимая в известной степени промежуточное между ними положение. Феномены эйдетизма возникают не в виде искажения объективно существующих реальных предметов (как иллюзии), но в связи с этими предметами. Следовательно, возникновение эйдетических образов так же, как и иллюзий, невозможно без участия реальных объектов. Вместе с тем в момент возникновения эйдетических образов, имеющих к тому же экстрапроекцию, как при галлюцинациях, может отсутствовать какой-либо реальный объект.

Иначе говоря, эйдетизм — это «восприятие без объекта, но соответствующее воспринимавшемуся ранее конкретному объекту».

Е. А. Попов (1941) считает, что одни эйдетические образы ближе к представлениям, другие — к восприятиям, и соглашается с авторами, которые рассматривают в этом плане промежуточное положение эйдетизма по схеме «восприятие — последовательный образ — эйдетический образ — представление». Несколько позднее он вообще отождествляет феномены эйдетизма с галлюцинациями, с чем, по нашему мнению, нельзя полностью согласиться.

Принципиальное отличие феноменов эйдетического ряда от галлюцинаций заключается в отсутствии при эйдетизме чувства насильственности и связи с предшествовавшим или последующим расстройством мышления и в сохранении критики. Указанное своеобразное положение эйдетизма между иллюзиями и галлюцинациями позволяет включать явления эйдетического ряда в классификационную таблицу иллюзорных и галлюцинаторных феноменов.

К числу общих свойств эйдетических явлений можно отнести их относительную произвольность*, возникновение вне признаков патологии мышления, но с существенным участием мыслительных процессов (условных элементов процесса познания — ощущения, восприятия и представления), локализацию в интрапроекции или проекцию в представляемое пространство при сохранной критике. Таким образом, эйдетические явления можно признать необычными, но не болезненными.

---

* Об относительной произвольности мы говорим потому, что в одних случаях возникновение следовых и эйдетических образов, так же как сенсориализация представлений, происходит неожиданно для больного, как бы непроизвольно. В других — затруднено произвольное освобождение от навязчивого эйдетического образа или его видоизменение. Однако во всех случаях эйдетизма возможно произвольное вмешательство субъекта на какомлибо из этапов переживания эйдетического образа.

В психиатрической клинике эйдетические феномены выявляются в виде сопутствующих феноменов и «случайных находок». Чаще они встречаются у психически здоровых людей.

*Сенсориализованные представления** по механизму возникновения близки, но не тождественны обычным представлениям.

Обычное, в частности, зрительное представление, имеющее бóльшую или меньшую яркость, может произвольно вызываться каждым человеком. Это представление часто обладает такими деталями, о которых субъект в момент его произвольного появления даже не думал.

Например, по желанию субъекта в его представлении возникает известный портрет Тараса Шевченко, соответствующий воспоминанию о нем. Однако одновременно с его лицом в представлении появляются серая каракулевая папаха и серый каракулевый воротник, о которых субъект, вызывая представление, не думает, но которые в его памяти неразрывно связаны с изображением Т. Шевченко на известном портрете. Если произвольно вызывается представление о бородатом лице Льва Толстого, одновременно обязательно появляется соответствующий портрету вид нарисованного во весь рост писателя с рукой, типично заложенной за поясок свободной рубахи.

Произвольные слуховые, вкусовые и другие представления имеют аналогичные со зрительными свойства.

Представления всегда локализуются в интрапроекции, отличаются большей или меньшей степенью четкости, яркости и обычно произвольны.

В ряде случаев представления приобретают чрезмерную яркость, чувственность, становятся навязчивыми и даже сопровождаются «чувством кажущейся непроизвольности», сохраняя локализацию в интрапроекции. Тогда можно говорить о сенсориализации представлений. Иногда сенсориализованное представление зрительное, слуховое и др. оказывается настолько чувственным, что оно как бы перемещается в представляемое пространство с экстрапроекцией. В подобных случаях речь идет о визуализации представления, порой неправильно называемой «галлюцинацией воображения».

Сенсориализация представлений наиболее характерна для

---

* В психиатрической литературе встречаются термины «сенсорность, сенсорный» и «сенсориальность, сенсориальный». Этими терминами обозначается, как правило, одно и то же понятие. Все они имеют общие корни:

sensorium — аппарат; воспринимающий ощущения;

sensus — ощущение, чувство, чувствительность;

sensorius — сенсорный, чувственный, относящийся к области ощущения или к области чувств.

В работах старых авторов (примерно до 1935—40 гг.) мы чаще находим термин «сенсориальный». В наши дни наиболее употребимо обозначение «сенсорный». Мы не видим принципиальной разницы между указанными терминами, однако, при оценке степени чувственности галлюцинаторных переживаний говорим об их сенсорности, а при характеристике органов чувств—о сенсориальности. Последний термин больше подходит, по нашему мнению, также тогда, когда используется для обозначения действия (сенсориализация представлений). В ссылках на различных авторов приводится тот термин, который они используют.

людей художественного склада — композиторов, художников, писателей, артистов. Известно, что композиторы нередко записывают музыку, которую они чувствуют, но это чувственное представление музыки может быть сенсорно окрашенным, т. е. музыка может звучать в их сознании. Столь же яркими сенсориализованными оказываются зрительные, вкусовые, тактильные, болевые и другие представления, в возникновении которых нередко отмечается равноценное участие эмоциональной, аффективной реакции и механизма, близкого к аутосуггестивному.

В. Ф. Чиж (1911) пишет, что у некоторых художников и музыкантов соответственные зрительные и слуховые (музыкальные) представления достигают иногда такой силы, что, локализуясь в пространстве, становятся восприятиями.

Бетховен многие лучшие свои произведения, в частности, 9-ю симфонию, написал тогда, когда оглох и не слышал даже самые громкие звуки оркестра. В этот период, по утверждению некоторых биографов композитора, музыка весьма ярко «представлялась в его сознании».

Густав Флобер, автор романа «Госпожа Бовари», вспоминает, что при описании сцены отравления Эммы он настолько чувственно переживал это событие, что ощутил вкус яда во рту, у него появилась слабость, рвота и другие признаки отравления, от которых он избавился только через несколько часов.

Пелагея Стрепетова, озарившая своим талантом русский театр конца XIX века, могла не только жить жизнью героинь, которых она играла, но и по-настоящему чувствовать, физически ощущать их боль. Еще в юности, при чтении «Первой любви» И. С. Тургенева, в момент, когда Зинаида получила удар хлыстом по руке, она сама почувствовала сильную боль и стала дуть на руку.

М. Ф. Андреева вспоминает* о том, как Алексей Максимович Горький, работая над сценой ранения Марфы Посуловой в повести «Жизнь Матвея Кожемякина», настолько ярко представил ощущения своей героини, что внезапно почувствовал сильную боль в области печени и потерял сознание. Вот как она об этом пишет: «На полу около письменного стола, во весь рост лежит на спине, раскинув руки в стороны, Алексей Максимович. Кинулась к нему — не дышит! Приложила ухо к груди — не бьется сердце! Что делать? Как я такого большого человека до дивана дотащила, сама ие понимаю. Побежала вниз, принесла нашатырный спирт, одеколон, еще что-то, воду, полотенце. Расстегнула рубашку, разорвала щелковую сетчатую фуфайку на груди, чтобы компресс на сердце положить, и вижу — с правой стороны от соска вниз тянется у него по груди розовая узенькая полоска Оцарапался обо что-то — не похоже... ушибся? ... Обо что?... А полоска становится все ярче и ярче и багровее. Что такое? Виски ему растираю, тру руки, нашатырный спирт даю нюхать... Задрожали веки, скрипнул зубами... «Больно как!» — шепчет. Ты что? Что с тобой? Обо что ты ушибся? Он както разом сел, глубоко вздохнул и спрашивает: «Где? Кто? Я?» Да ты, посмотри, что у тебя на груди-то!» «Фу, черт!... Ты понимаешь... Как это больно, когда хлебным ножом крепко в печень!». Думаю — бредит. С ужасом думаю — заболел и бредит. Какой хлебный нож? Какая печень? Должно быть, видя мое испуганное лицо, он окончательно пришел в себя и рассказал мне, как сидят и пьют чай Матвей Кожемякин, Марфа Посулова и сам Посулов и как муж, видя, что она ласково и любяще, с улыбкой смотрит на Матвея, схватил нож, лежащий на столе, и сунул его женщине в печень. «Ты понимаешь — сунул, вытащил, и на скатерть легла линейкой брызнувшая из раны кровь... Ужасно больно!» Несколько дней продержалось у него это пятно. Потом побледнело и совсем исчезло».

---

* Переписка, воспоминания, статьи, документы М. Ф. Андреевой и воспоминания о ней. Искусство. М., 1951, с. 164.

В. Х. Кандинский (1952) сообщает, что Бальзак обладал высшей степенью «возможного в пределах нормального состояния повышения способности чувственного представления» и поэтому необоснованно «зачислялся в галлюцинанты».

Итак, сенсориализованные представления по одному из признаков (степени яркости, чувственности) напоминают галлюцинаторные переживания, принципиально отличаясь от них по степени произвольности, отсутствию насильственности, характеру проекции, отношению к ним больных и другим признакам.

Последовательные (следовые) образы — это яркие чувственные зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные переживания, возникающие навязчиво после длительного и обычно эмоционально окрашенного периода фиксации объективных предметов, соответствующих этим образам.

Например, после длительной игры в шахматы, длительного сбора грибов, земляники, при открытых и больше при закрытых глазах (непосредственно после фиксации объективных предметов или через некоторый небольшой промежуток времени), чаще вечером, в состоянии покоя, видятся шахматные фигуры, грибы, ягоды земляники. Прослушанная мелодия может длительно звучать или через небольшой промежуток времени навязчиво представляться. Так же может вновь возникать ощущение сладкого или горького вкуса; какого-либо запаха, чувства прикосновения после действия соответствующих этим переживаниям реальных раздражителей.

Появлению последовательных образов способствует отключение действительных сенсорных раздражителей (тишина, темнота, отсутствие резких запахов, каких-либо болевых ощущений и т. п.).

В отличие от обычных и сенсориализованных представлений, последовательные образы, помимо чувственной окраски, иногда приобретают признак экстрапроекции, но не в объективное воспринимаемое, а в субъективное пространство. Они «видятся» перед взором чаще при закрытых, но иногда и при открытых глазах. Кроме того, последовательные образы, которые мы чаще наблюдали у больных психастенией или психически больных с психастеноподобной симптоматикой, больше, чем представления, обладают свойством непроизвольности, навязчивости с сохранением способности субъекта к произвольному подавлению, устранению их по желанию, напряжением воли. Они также отличаются обязательной непосредственной связью во времени с реальным образом, следом которого являются.

32. Больной З. Н., 37 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым неврозоподобным течением.

Болен примерно лет с 20. Еще во время службы в армии стал обращаться к врачам по поводу болей в области сердца, затруднения дыхания и т. п. С тех пор постоянно лечится. Ипохондрические переживания периодически обостряются. Иллюзий и галлюцинаций никогда не было. С детства беспокоит своеобразное явление: случайно услышанные громкие звуки (музыка, пение, разговор, гудок паровоза и др.) после их прекращения продолжают долго, навязчиво «звучать в ухе последней нотой». Всегда полагал, что так бывает у всех.

Последовательные образы, подобные отмеченным в этом наблюдении, в отдельных случаях трудно отличить от эйдетизма, в частности, слухового.

Нельзя полностью согласиться с отнесением к числу последовательных образов аккомодационных нарушений, при которых утрачивается физиологическая способность к соединению зрительных впечатлений с двигательным аккомодативным актом (В. П. Осипов, 1923). В подобных случаях, например, некоторое время видится черный или белый квадрат, если отвернуться от окна или грифельной доски, а также вертикальные полосы, если отвернуться от штакетника, и т. д.

Неправильно, на наш взгляд, также утверждение о том, что последовательные или следовые образы патогенетически близки к галлюцинациям и в отдельных случаях трансформируются в них. Наоборот, многочисленные наблюдения и экспериментальные данные убедительно показывают невозможность прямого перехода следовых образов в галлюцинации или галлюцинаций в следовые образы. Вместе с тем экспериментальные исследования ряда советских психиатров отметили известную зависимость следовых образов и галлюцинаций друг от друга, а также от некоторых общих факторов в виде дополнительных раздражителей, световых адаптаций и т. д. Например, доказано, что при наличии у больного последовательных образов и галлюцинаций оба феномена усиливаются под воздействием одного и того же раздражителя.

Е. А. Попов с сотр. (1935, 1936) наблюдали усиление последействия слухового раздражителя при обострении слуховых галлюцинаций. Наблюдениями подтверждено также, что при помещении в темную комнату больных, перенесших психоз с галлюцинациями, одновременно с частичным возобновлением у них галлюцинаций усиливается способность к задержке последовательных образов [В. А. Гиляровский, 1936; С. П. Рончевский и В. В. Скальская, 1935]. Усиление галлюцинаций в условиях, в которых обостряется способность к восприятию последовательных образов, отмечали и другие авторы. Так, С. П. Рончевский с соавт. (1935) у вышедших из острого психотического состояния больных белой горячкой, инфекционным психозом, сотрясением мозга, энцефалитом, эпилепсией после их адаптации к свету и «погружения в темноту» наблюдали возобновление галлюцинаций, которые характеризовались элементарностью, нечеткостью, проекцией вовне, отсутствием связи с аффектом. Возникали они на темном фоне в виде геометрических фигур, лапок животных, очертаний животных, моста с идущей по нему черной фигурой, были цветными. При закрывании глаз эти галлюцинации усиливались. Г. К. Ушаков (1969) подтверждает, что в момент зрительной «темновой адаптации» оживляются галлюцинации у больных, ранее переживавших галлюцинации, и появляются фотопсии, а иногда сложные галлюцинации у психически больных, ранее не испытывавших галлюцинаций. В. П. Осипов (1923), соглашаясь с невозможностью прямого перехода следовых образов в галлюцинации, полагает, что при измененном сознании сюжет следовых образов может служить источником возникновения галлюцинаций.

Вопреки мнению Е. А. Попова (1941), категорически разграничивающего явление эйдетизма и последовательные образы, мы рассматриваем последние в качестве феномена, переходного

от сенсориализации представлений к эйдетизму, однако стоящего ближе к последнему.

*Эйдетизм**—явление, при котором перед взором или в сфере восприятия других анализаторов — слухового, вкусового, обонятельного, тактильного, — восстанавливается, возникает (ярко, чувственно, с экстрапроекцией) образ, фиксировавшийся ранее этими анализаторами.

Эйдетический образ может возникать непосредственно после восприятия реального объекта или через определенный промежуток времени(мнестический эйдетизм). Чаще всего эйдетизм бывает у детей, отмечается также у художников. Известны художники-портретисты, которые очень длительное время видят лицо человека, хотя на него уже не смотрят.

По свидетельству П. М. Зиновьева (1934), один художник жаловался, что образ человека, которого он рисует, мешает ему рисовать, так как он находится между ним и мольбертом, загораживая мольберт.

Эйдетический образ может возникать непроизвольно, но устраняться произвольно. Он бывает навязчивым, но критическое отношение к нему субъекта всегда сохраняется.

Если последовательный эйдетизм феноменологически близок к последовательному образу, то мнестический эйдетизм (т. е. образ, возникающий по памяти) ближе к галлюцинаторному явлению.

33. Больная О. К., 46 лет.

Диагноз: психопатия истерического типа.

Много лет назад обнаружила способность восстанавливать визуально кадры давно просмотренных кинокартин. Для этого в состоянии бодрствования в любое время дня и при любом освещении ей бывает достаточно закрыть глаза и вспомнить какую-либо кинокартину. Картина эта начинает «просматриваться» в экстрапроекции при закрытых глазах от начала до конца со всеми подробностями. Больная рассказывает: «Картина видится так, как если бы я ее вновь смотрела в кинотеатре». При этом «видятся» детали, о которых больная в обычном состоянии при закрытых глазах не помнит и, передавая устно содержание картины, никогда бы не вспомнила. Прекратить просмотр кинокартины можно, открыв глаза. Если после этого вновь закрыть глаза, то «просмотр картины» продолжается с того места, на котором этот просмотр прекратился при открывании глаз. Больная вполне критична к указанным переживаниям. Иногда они доставляют ей удовольствие и занимают ее, а иногда надоедают. Каких-либо психотических симптомов нет.

Весьма существенно, что феномен зрительного и слухового эйдетизма, как подтверждено экспериментально, нередко возникает у психически больных с соответствующими галлюцинациями.

---

* Явления эйдетизма описаны впервые, по мнению В. А. Гиляровского (1938), немецкими психиатрами братьями Эрихом и Вальтером Йенш, а по мнению Е. А. Попова (1941), австрийским психиатром Урбанчичем в 1907 году.

Так, Е. А. Попов (1941) нашел выраженный феномен эйдетизма у больных белой горячкой на выходе и через 48 часов после купирования делирия, а также у больных шизофренией при обострении галлюцинаций.

По аналогии между отмеченной выше связью следовых образов с галлюцинациями устанавливается связь эйдетических образов с галлюцинациями. Такая связь тоже не имеет характера прямого взаимоперехода феноменов, а выражается в их зависимости от одних и тех же факторов. Иначе говоря, условия, облегчающие возникновение галлюцинаций, также облегчают возникновение явлений эйдетизма.

С. Ф. Семенов (1965) пишет о гемианоптических галлюцинациях при ранении затылочно-теменной области и яркой визуализации произвольных представлений (по типу следовых или эйдетических образов). В. Майер-Гросс (1928) отрицает связь возникновения истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций с предрасположенностью к эйдетизму.

Вместе с тем подтвержденные экспериментальными данными многочисленные клинические наблюдения не дают основания для отождествления феноменов эйдетического ряда с галлюцинациями или псевдогаллюцинациями. Поэтому нельзя считать правильным нередко приводимый в учебниках психиатрии тезис о том, что эйдетизм — это ви́дение образа, который когда-то был фиксирован периферическим анализатором человека и воспроизведен в его памяти, в представлении в виде галлюцинации.

Нельзя также, по нашему мнению, относить к галлюцинаторным феноменам и называть «произвольными галлюцинациями» зрительные образы, произвольно вызываемые при закрытых глазах. Такие образы отличаются от представлений яркостью, иногда сложностью, динамичностью и экстрапроекцией в субъективное пространство, а от эйдетических образов — отсутствием телесности, экстрапроекции в объективное пространство и обязательной связью с ранее виденным.

Эти образы, напоминая по яркости и другим внешним признакам гипнагогические псевдогаллюцинации, отличаются от них (помимо произвольности) возникновением в бодрствующем состоянии.

Зрительные образы, произвольно возникающие при закрытых глазах, отнесены нами к феноменам эйдетического ряда, который они завершают. Эти образы могут соответствовать воспоминаниям больного об образах, встречавшихся в течение жизни, виденных на картинах, в кино, но могут также быть плодом фантазии, вымыслом больного. Во всех случаях их появление, статичность или динамичность, дальнейшее развитие и в значительной мере — исчезновение целиком диктуются волей больного. Так же, как другие явления эйдетизма, образы, произвольно возникшие при закрытых глазах или в темноте, могут становиться навязчивыми, резистентными к попытке больного устранить их, не открывая глаз.

Диагностически важно то, что подобные зрительные образы встречаются у психически больных наряду с различной психотической симптоматикой.

34. Больной Ю. Б., 30 лет, художник.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма, отягощенная травматической болезнью.

Болен шизофренией с 19 лет. Затем 3-кратная тяжелая черепно-мозговая травма и употребление наркотиков с привыканием.

В статусе: параноидная симптоматика с тенденцией к систематизации идей отношения, явления психического и двигательного автоматизмов с чувствами овладения, насильственности, внешнего (хотя и не злоумышленного) влияния; видение ярких зрительных образов, возникающих произвольно, в экстрапроекции, обычно днем, всегда при закрытых глазах. Образы могут быть статичными или динамичными. Они, как правило, соответствуют когда-то виденному, но могут быть измененными, причудливыми, ни на что не похожими, фантастичными. Больной утверждает, что он сначала создает эти образы в своем воображении, а затем начинает видеть их и может нарисовать.

Из патогенетического механизма возникновения произвольных образов при закрытых глазах, также, впрочем, как из механизма возникновения других эйдетических явлений, трудно полностью исключить элемент аутосуггестии. Во всяком случае, аутосуггестивное влияние здесь возможно, как и при возникновении некоторых сенсориализованных представлений, иллюзий, галлюцинаций.

Глава четвертая

Иллюзии и галлюцинации, возникновение которых связано с помрачением сознания

(Второй отдел шкалы классификации)

Второй отдел классификационной шкалы объединяет все иллюзии и галлюцинации, генез которых в большей или меньшей степени связан с помрачением сознания. В него входят видения во сне и гипнозе (6-я группа), иллюзии и галлюцинации, возникающие при синдромах помраченного сознания (7-я группа), а также переходные феномены, обладающие свойствами галлюцинаций помраченного и непомраченного сознания (8-я группа).

Среди факторов, способствующих возникновению галлюцинаций, ведущим признается нарушение сознания.

Г. Байарже (1844) считает, что галлюцинации возникают легче всего в состояниях, переходных от бодрствования ко сну и от сна к бодрствованию. И. А. Сикорский (1910) пишет о том, что непрерывное галлюцинирование неразлучно с глубоким расстройством сознания. Е. А. Попов (1931) допускает, что у некоторых людей при одновременном воздействии на нервную систему ряда таких неблагоприятных моментов, как лишение сна в соединении с физическим переутомлением, длительным психическим напряжением, а иногда и недоеданием, может развиться острое психотическое состояние, приближающееся к делириозно-галлюцинаторному типу. В. А. Гиляровский (1949) свидетельством влияния нарушения сознания на генез галлюцинаций считает легкость их возникновения в гипнотическом состоянии. Он также обращает внимание на легкость появления галлюцинаций при бессоннице и отмечает, что, чем больше развиты процессы торможения коры, тем скорее галлюцинации принимаются за действительность. А. В. Снежневский (1958) подтверждением теории о частичном торможении коры мозга при галлюцинациях также считает то, что галлюцинации чаще появляются или усиливаются в вечернее и ночное время, при нарушении сознания, под действием брома, а ослабевают под действием кофеина.

6-я группа: непсихотические галлюцинации

К числу феноменов, условно названных непсихотическими галлюцинациями, отнесены: сновидения, видения в гипнотическом сне, внушенные иллюзии и галлюцинации.

«Видения», возникающие в состоянии нормального физиологического сна или вызываемые в гипнотическом сне, мы считаем ключом к изучению иллюзорных и галлюцинаторных переживаний вообще и особенно — патогенетически связанных с помрачением сознания. Рассмотрение указанных феноменов в качестве моделей психотических иллюзий, галлюцинаций и возможность прямого моделирования отдельных вариантов галлюцинаторных феноменов в гипнотическом состоянии создают, по нашему мнению, предпосылки для понимания, а также некоторой дифференцировки экзогенных и эндогенных компонентов психоза, трудно отграничиваемых при анализе многих психопатологических симптомов, в частности, галлюцинаций.

Наличие известного клинического и феноменологического сходства «видений» во сне и гипнозе с психотическими иллюзиями и галлюцинациями, а также правомерность отнесения сновидений к галлюцинациям во сне, признается не всеми.

В соответствии с этим, включение сновидений в классификационную таблицу наряду с психопатологическими симптомами — иллюзиями и галлюцинациями, вполне согласуясь с высказываниями одних авторов [В. М. Бехтерев, 1911; И. Е. Вольперт, 1966; В. Х. Кандинский 1952], вызывает некоторые возражения других (В. Н. Касаткин, 1967).

В. Х. Кандинский относит сновидения к кортикальным галлюцинациям, которые могут возникнуть на базе «чувственного образа воспоминания».

Многочисленные исследования выявляют относительную связь механизмов возникновения сновидений и галлюцинаций. Галлюцинации именуются «сновидениями наяву» (В. В. Селецкий, 1908), а сновидения — «галлюцинациями здорового человека» (Е. А. Попов, 1941). Сходство между теми и другими В. В. Селецкий видит также в том, что при галлюцинациях, как и при сновидениях, больной не замечает сюжетных противоречий. В. А. Гиляровский (1936) подчеркивает, что связь галлюцинаций со сновидениями подтверждается наблюдениями над больными энцефалитом, у которых имеют место расстройства сна и галлюцинации. Он же находит сходство между состоянием галлюцинанта и состоянием здорового человека, у которого сновидение развивается в начальном, неполном, неглубоком сне. Кроме того, он относит к образам сновидений так называемые аутоптические галлюцинации*.

Другие авторы указывают на сходство между панорамическими галлюцинациями и сновидениями (С. М. Корсунский, 1936), сновидениями и галлюцинациями или эйдетическими образами у детей с вялотекущей шизофренией (З. В. Косенко, 1937).

Особое патогенетическое и психопатологическое сходство М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1937) отмечают между сновидениями и галлюцинациями, возникающими при измененном сознании. Они, соглашаясь с Е. Блейлером, обращают внимание на то, что композиция подобных галлюцинаций, так же, как сновидений, отражает особенности личности.

О близости между сновидениями и галлюцинациями пишет В. П. Оси-

---

* Аутоптическими галлюцинациями Я. П. Фрумкин (1939) называет «представления, снабженные знаком объективной реальности. Эти галлюцинации в мире предметов могут ими ассимилироваться и тогда переживаются в объективном пространстве».

пов (1947), делающий вывод о том, что образы сновидений, возникающие в продроме алкогольного психоза, при его развитии становятся галлюцинациями. Основную связь между зрительными галлюцинациями и сновидениями он видит в характере проявления и механизме возникновения тех и других на фоне тормозного процесса. Приведенный вывод основывается на том, что, по его наблюдениям, образы сновидений (отмечавшихся в период, предшествующий галлюцинозу) превращались в галлюцинации при развитии психоза. Подобный сновидный продром не обязательно переходит в галлюцинации, если больной прекращает пить и начинает лечиться. При белой горячке продром психоза в виде сновидений почти не наблюдается, что В. П. Осипов связывает с остротой делирия и внезапностью его возникновения.

С. П. Рончевский (1941), признавая аналогию между видениями во сне и галлюцинациями, напоминает, что Моро де Тур в опытах на себе с индийской коноплей установил связь между собственными сновидными переживаниями и галлюцинациями. Е. А. Попов (1941) сближает галлюцинации со сновидениями по их непроизвольности и содержанию. Он отмечает, что как при галлюцинациях, так и при сновидениях действуют одни и те же закономерности генеза образов (уплотнение, замещение, символизация, визуализация и пр.). Характерным для содержания сновидений и галлюцинаций им признается в равной степени реализация желаний или опасений, появление «бессознательного» материала («летучих» впечатлений, несущественных воспоминаний).

Известная близость между сновидениями и галлюцинациями вытекает из наблюдений С. Ф. Семенова (1965), который при ранениях затылочной области отмечал сновидения с половинными образами (целыми больному виделись только мелкие объекты).

Если А. С. Кронфельд (1940) признает близость между сновидениями и галлюцинациями, то цитируемый им Карл Шнайдер указывает на такую близость между сновидениями и псевдогаллюцинациями (поскольку те и другие проецируются в «пространство представлений»). Клод* разделяет сновидения на такие, при которых субъект верит в то, что видит, и такие, при которых субъект знает, что видит сон. Первые, по его мнению, можно отождествлять с галлюцинациями, а вторые — это фантазии, ошибки памяти и т. д.

Г. Шредер* рассматривает сновидения не только как галлюцинации, а как галлюцинации, бред и ощущения. Моро де Тур* пишет, что «галлюцинаторное состояние при сновидениях включает в себя всю психическую жизнь больного — мышление, понимание, суждение, выражение опасений, желания, надежды, отчаяния, исключение собственных поступков из сознания, угасание сознания личности или ее удвоение так, что одна ее часть может вступить в обмен мыслями с другой частью». Р. Мург (1932), подчеркнувший роль моторной установки в патогенезе галлюцинаций, считает, что сновидению, в отличие от истинных галлюцинаций, недостает участия моторных процессов с промежуточной проекцией. Если же они включаются, сновидение переходит в истинные галлюцинации и наступает пробуждение.

Весьма любопытно, что еще А. Маттей (1829) замечал не только наличие феноменологической близости между сновидениями и галлюцинациями, но также их патогенетическую близость и однотипную зависимость от мыслительного процесса. Он разделяет душевные болезни на три рода, относя к первому из них «... помешательства, имеющие первоначальным местом или ближайшею причиною неизвестное изменение в самом средоточии нервном, какое мы замечали в сновидениях и снобдении...»**. При этом он видит причину сновидений и зависимость их содержания от состояния внутренних органов: «Так весьма часто увеличенное действие желудка иногда застав-

---

* Цитируется по А. С. Кронфельду (1940).

** А. Маттей. Дополнительные исследования душевных болезней. В кн.: Ф. Пинель. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. М., 1829, с. 404.

ляет думать сонного человека, что он ест, но иногда также желудок бывает и очень полон, а сновидение бывает подобное; тогда затрудняется пищеварение; тоска, происходящая от замедленного кровообращения в брюшных сосудах, часто бывает причиною сверхъестественных видений и призраков, замечаемых в бреду...»*.

Косвенным подтверждением патогенетической близости между сновидениями и галлюцинациями ряд авторов считает то, что последние, как уже упоминалось, легче всего возникают в состояниях, переходных от сна к бодрствованию, от бодрствования ко сну и в состоянии торможения (в фазовых состояниях), а также при отключении или ослаблении раздражения анализаторов, в том числе при закрывании глаз. Причем сновидения отличаются от галлюцинаций при закрытых глазах лишь большим «отключением коры», отключением сознания.

По нашему мнению, включение в общую систематику иллюзий и галлюцинаций сновидений, а также галлюцинаций, внушенных в состоянии бодрствования или гипнотического сна, вполне правомерно, поскольку эти феномены обладают большинством свойств психотических галлюцинаций. При этом многие свойства и особенности видений во сне имеют самостоятельное диагностическое значение и заслуживают глубокого изучения.

Мы совершенно исключаем здесь рассмотрение физиологических и психологических теорий сна и гипноза, физиологических и гипнотических сновидений, так как нас интересует лишь сопоставление сновидных и внушенных гипнотических образов с галлюцинациями.

Сновидения. Феноменологически видения во сне обладают почти всеми свойствами, встречаемыми при обычных галлюцинациях и особенно тех, которые возникают в состоянии помраченного сознания.

Наши наблюдения над больными шизофренией, психопатией, неврозами, церебральным атеросклерозом, травматической энцефалопатией (всего около 600 случаев)** позволили подтвердить разнообразие проявлений и полиморфность структуры зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых, тактильных образов, переживаемых во сне.

В результате анализа указанных наблюдений мы пришли к заключению, что при изучении характера видений во сне применимы основные общие и частные критерии, которые мы предлагаем использовать для клинической оценки иллюзий и галлюцинаций. Так, характер сновидений во многом зависит от глубины сна, т. е. степени изменения сознания. При поверхност-

---

* А. Маттей. Дополнительные исследования душевных болезней. В кн.: Ф. Пинель. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. М., 1829, с. 356—357.

** Субъективные отчеты обследованных нами больных относятся к сновидениям, хорошо запомнившимся и подробно воспроизводимым. Одной из задач при изучении сновидений было их сопоставление (сравнительный анализ) с галлюцинациями, наблюдаемыми у больных алкогольным делирием с ведущим делириозным или делириозно-онирическим синдромами.

ном 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.

Предположения, касающиеся характера мыслительного процесса во время сна, значимости и обусловленности сновидений, можно представить себе в двух вариантах.

Согласно первому из них — мышление человека 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.

По второму — мыслительный процесс во время сна, протекая в сфере бессознательного, неосознаваемого (вне сознания), активен, целенаправлен, включает элементы анализа и синтеза, а сновидения по смыслу и сюжету 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 при 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 не могут. По-видимому, включение сновидений в течение физиологического сна в норме почти обязательно. Возникая, как считают многие психологи и физиологи, в фазе быстрого сна, 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 мышления не развлечено чувствами, то живость идей, сосредоточивающихся в оном, оказывается в большей деятельности»*.

* А. Маттей. Дополнительные исследования душевных болезней. В кн.: Ф. Пинель. «Врачебно-философическое начертание душевных болезней» (1829), с. 356.

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. Измученный длительными и бесплодными поисками этой формы, он уснул, а во сне увидел таблицу, которую, проснувшись, зарисовал и был вполне удовлетворен находкой во сне.

Таким образом, сновидения в известной степени отражают элементы психической деятельности, присущие состоянию бодрствования, а также способность к интеллектуальному творчеству, в том числе патологическому. Отсюда анализ образов сновидений по аналогии с анализом галлюцинаций может иметь диагностическое значение. 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 галлюцинаторного сюжета, нередко позволяют судить о степени и особенностях снижения интеллекта больного, состояния его критики и эмоциональной сферы.

Диагностическое значение имеет то, что указанное нарушение в отдельных инициальных случаях легче выявляется при анализе сновидений, чем при обследовании бодрствующего больного.

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

К содержанию подавляющего большинства сновидений обычно сразу же после пробуждения восстанавливается критика. Исключение составляют (помимо случаев суеверной трактовки снов) сновидения психически больных, у которых видевшиеся во сне образы переходят в гипнопомпические галлюцинации или галлюцинации в бодрствующем состоянии.

Для квалификации галлюцинаций может иметь значение встречаемое в клинике «слияние» сновидений и галлюцинаций.

По свидетельству В. Х. Кандинского (1952), его сновидения в период чувственного бреда изменялись, отличаясь необычной живостью. Он отмечает, что у галлюцинирующего больного «состояния сна и бдения» нередко неразличимы, так как «живость грез» создает условия бодрствования во сне, а причудливость галлюцинаций напоминает грезы наяву: «Сновидения мои во время болезни часто не отличались по живости от переживаемого в действительности и иногда, вспомнив через несколько дней виденное во сне, я не иначе, как путем длинных и окольных рассуждений мог решить, имело ли место вспомнившееся в действительности или только во сне»*.

---

* В. Х. Кандинский. «К учению о галлюцинациях» в ж. «Медицинское обозрение», т. XIII, 1880, с. 821.

Помимо всего сказанного, в отдельных случаях особенности сновидений, по-видимому, позволяют судить о характере и даже локализации мозговой патологии.

Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина (1977) утверждают, что при очаговом поражении правого полушария бывают кошмарные и необычно яркие, цветные сновидения (с преобладанием какого-либо одного цвета); при левосторонних поражениях, в противоположность правосторонним, сновидения не учащаются, а урежаются; при правом височном поражении наблюдаются продолжающиеся сновидения, прерываемые пробуждением, яркие, цветные сны и «проигрывание» в сновидении точно и последовательно всего, что было накануне днем.

Не претендуя на полноту, всесторонность и исчерпывающий характер, мы позволим себе привести некоторые выборочные наблюдения для иллюстрации тезиса о диагностическом значении анализа сновидений. В этих наблюдениях сновидения квалифицируются в соответствии с критериями клинической оценки галлюцинаций.

Примером выявления в сновидении расстройства мышления (в данном случае чувства «открытости мысли») может служить следующее наблюдение.

35. Больная Л. М., 31 год.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Больна около 20 лет.

В статусе: выраженный интеллектуальный и особенно эмоционально-волевой дефект, феномен психического автоматизма с вербальными и гипнопомпическими зрительными псевдогаллюцинациями. В сновидении нередко ощущает крайне неприятное чувство, что ее мысли узнают все окружающие: например, ей снится, что она пробирается сквозь толпу людей и думает о том, что хорошо бы всех уничтожить. Окружающие узнают ее мысли, выражают свое негодование, угрожают ей. В бодрствующем состоянии никогда чувство открытости мысли не испытывала.

На нарушение мышления иногда может указывать символичность переживаний во сне.

36. Больная Н. П., 25 лет.
Диагноз: шизофрения, рекуррентная форма.

В 17 лет стационировалась в связи с психозом преимущественно галлюцинаторно-параноидной структуры. Выписалась в состоянии полной ремиссии. Повторное стационирование через 8 лет в связи с неврозоподобными жалобами.

В статусе: доступна, психотических симптомов нет. Отмечается быстрая утомляемость, неуверенность в своих действиях, легкая ранимость и обидчивость, амбивалентность, мышление связное, последовательное.

«Видит» яркие, красочные, по ее выражению, «космические сны»: она летит в синеве неба, никого вокруг нет и поэтому ей необыкновенно легко. Но полет «сбивается», так как на небе оказываются два солнца, и она не знает, куда ей лететь. Бывают «двухслойные» сновидения: ей снится, что она ложится спать и видит какой-то неприятный, «гнетущий» сон. Рассказывает, что незадолго до первого заболевания ей приснилось, будто она превратилась в большую птицу, которую убили и положили в ящик. Проснu-

лась с плачем и криком: «Меня убили». С тех пор испытывает неприятные ощущения при виде аистов и индюков. Сновидению, перенесенному в 17 лет, придает вещее символическое значение.

Особенности сновидений, переживаемых больными олигофренией, достаточно полно отражены в следующем наблюдении.

37. Больной Л. Р., 42 года.

Диагноз: олигофрения в степени глубокой дебильности.

В психиатрической больнице находится с 9 лет. Поступил из детского дома. Состоит на гетеросемейном прибольничном патронаже.

В статусе: интеллект низкий. Не знает алфавита, считает до сорока, со сложением и вычитанием однозначных чисел справляется Правильно называет дни недели, но числа месяца назвать не может. Знает всех врачей и сестер больницы по именам, часто искажает их. Круг интересов ограничен. Трудолюбив, охотно топит печи. Склонен к своеобразной хитрости: так, принося кому-либо из врачей письмо, делает вид, что читает его, называет фамилию или имя врача, хотя держит конверт перевернутым. Нередко рассказывает о том, что ему снилась новая пижама, жареный гусь или что-либо из событий прошедшего дня. Тематика сновидений всегда одна и та же, меняется лишь название еды или подаренной ему вещи.

Примитивным элементарным сновидениям больных олигофренией можно противопоставить сновидения здоровых или больных, у которых не выявляется снижения интеллекта. При этом динамика, изменение сложности сюжета сновидений, его упрощение указывает в отдельных случаях на инициальные признаки ослабления интеллектуальных возможностей больного.

38. Больной Щ. Н., 46 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза (церебральный атеросклероз, диэнцефальная патология).

Инженер конструкторского бюро.

С юношеских лет отмечает сновидения профессионального содержания: снятся математические формулы и уравнения, но не из запасов информации, а с элементами творчества. Во сне всегда понимает, что это сновидения. Старается запомнить математические решения. Утверждает, что неоднократно использовал их в практической работе. В последние 2 года содержание сновидений чаще имеет конкретно-бытовое, а не творческое направление.

У ряда больных шизофренией, в отличие от больных олигофренией, сновидения, как будет показано в дальнейшем, бывают весьма сложными, насыщенными содержанием, иногда витиеватыми и паралогичными, отражающими патологическое творчество во сне.

По нашим наблюдениям, больные, как правило, не проявляют критики к видениям во сне, продолжающимся после пробуждения в виде галлюцинаций. Некритичность эта у больных параноидной шизофренией обычно связана с характером бреда.

39. Больная В. У., 31 год.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Больна, по-видимому, с 19 лет. В 24 года впервые поступила в больницу. Тогда отмечались зрительные галлюцинации: ночью, в темноте, иногда видела «существо», слышала, как оно карабкалось на кровать. Был страх, что

оно заберется под одеяло. Видения всегда были нечеткими, неясными. Их возникновение, насколько можно судить по рассказам больной, не было связано с пароксизмальным помрачением сознания. Временами чувствовала чье-то присутствие «за спиной», боялась, что ее схватят сзади. Того, кто за спиной, не видела, но почему-то понимала, что «оно с рожками». Казалось, что от пищи исходит неприятный запах хвои, который ассоциировался с мертвецом.

После выписки в течение 8 лет работала уборщицей. Иногда возникала подозрительность, тревога, но галлюцинаторных переживаний и бреда не было. Беспокоили тяжелые сновидения мистического характера — во сне видела чертей, домовых, ведьм.

Последний приступ начался более месяца назад с того, что, проснувшись, продолжала «видеть сон»: ей приснился дьявол, «был он с хвостом и рожками, а в остальном, как человек». Открыв глаза, ясно увидела в комнате дьявола, который полез под кровать и там провалился. Испугалась выбежала на улицу в одном белье.

В статусе: формально доступна, к перенесенным сновидениям и галлюцинаторным переживаниям не критична. То и другое трактует по-бредовому. Мышление паралогичное, непоследовательное, с элементами разорванности. Нарушений сознания или состояний, которые можно было бы квалифицировать в качестве эпилептиформных, выявить не удается.

Некритичность к сюжету сновидений, продолжающихся после пробуждения, нередко обусловлена снижением интеллекта, слабоумием.

40. Больная К. Ж., 48 лет.

Диагноз: травматическая болезнь с судорожным синдромом.

В статусе: выраженное снижение интеллекта по органическому типу. Отмечает, что нередко в течение ночи несколько раз видит сон с продолжающимся сюжетом. Образ, посетивший во сне, иногда возникает на короткое время при пробуждении. Смущена видением наяву пугающих образов, которые бывают в сновидении, к последним недостаточно критична, не понимает, что это такое, склонна думать о колдовстве.

У некоторых больных во время сновидений может сохраняться более или менее критическое отношение к видениям во сне. В этих случаях больные понимают или предполагают, догадываются, что спят и «видится» им сон.

41. Больной Л. О., 34 года.

Диагноз: шизофрения с вялым течением и неврозоподобными проявлениями.

Болен, по-видимому, около 10 лет. Временами возникают преходящие фобии и фобофобии, трудоспособность сохраняется. Галлюцинаторно-параноидных переживаний нет.

В течение нескольких последних лет отмечаются весьма содержательные яркие, красочные сновидения. Больной убежден, что они продолжаются по 30—40 минут. Ему с подробными деталями снятся путешествия, интересные встречи, длинные заседания и т. п. В сновидных картинах, обычно динамичных, видит себя со стороны участвующим в сценическом действии.

Утверждает, что с интересом наблюдает за развитием событий в сновидении, почти всегда понимает, что все это ему снится.

Созерцаемое, слышимое, ощущаемое во сне может быть индифферентным для спящего, безразличным, но может также вызывать большую или меньшую эмоциональную реакцию (аф-

фект страха, радости и т. п.). При этом нередко удается установить взаимозависимость между характером эмоциональной реакции больного в момент переживания сновидений и его эмоциональным настроем (см. набл. 54).

Наряду с основными общими критериями клинической оценки галлюцинаций, при анализе сновидений в еще большей степени применимы основные частные критерии (проекция в пространство, естественность, реалистичность и др.), а также вспомогательные признаки (рецепторная принадлежность, лабильность и др.).

Видения во сне, даже если человек спит с открытыми глазами, не могут иметь связи с объективным воспринимаемым пространством. Нередко образы сновидений проецируются в «сновидное», т. е. субъективное пространство, но чаще переживаются вне связи с каким-либо пространством. В одних случаях спящий созерцает сновидения как бы со стороны, не участвуя в их сюжете. При этом видящийся образ либо не входит в композицию, изолирован, либо «действует» в представляемом во сне пространстве (идет по улице, бегает по лесу и т. д.); в других — спящий участвует в собственных сновидениях «от первого лица» и сновидения могут также «включать» или «не включать» представляемое пространство; наконец, в третьих случаях спящий «видит» себя участвующим в сновидении от «второго» лица, как бы со стороны. Если в сюжете сновидений спящий человек видит себя «со стороны», то, как правило, собственный образ составляет элемент сложной сценической композиции.

42. Больная Д. П., 20 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым течением и неврозоподобными проявлениями.

Больна не менее 4-х лет.

В статусе: постоянное чувство неуверенности в себе, преходящие идеи отношения, амбитендентность, достаточная доступность, критичность. Много лет видит яркие сны и в сновидениях себя «со стороны»: она купается в горной реке или гуляет по фруктовому саду. При этом хорошо видятся, запоминаются берега реки, другие купальщики или фруктовые деревья и собака на цепи.

Сновидения обычно сопровождаются чувством реальности для больного, он верит в происходящее во сне, испытывает страх или радость, связанные с сюжетом видения во сне.

В. Х. Кандинский (1952) подчеркивает, что сновидения так же, как галлюцинации при помраченном сознании, всегда соответствуют субъективному пространству, но становятся для больного объективными, так как в силу отрешения сознания от внешнего мира не могут сравниваться с воспринимаемым объективным пространством.

Образы сновидений часто весьма естественны, реалистичны, но в ряде случаев могут отличаться неестественностью, причудливостью, фантастичностью.

Чем более содержательно сновидение и чем большей эмоциональной окраской сопровождается, тем лучше оно запоминается (при этом, однако, нельзя исключить, что некоторые больные, рассказывая, приукрашивают свои сновидения, досочиняют их).

43. Больная М. Б., 38 лет.
Диагноз: шизофрения, вялотекущая форма.

Больная приводит следующие описания собственных, очень реалистичных и весьма содержательных сновидений (всегда соответствующих по сюжету ее настроению и тревогам). «Я часто вижу одинаковые сны в течение нескольких лет. Например: началась атомная война, за окошком встает атомный гриб. Я бегу к людям, чтобы успеть их запихнуть в убежище. Но уже поздно. И тут самое страшное — непередаваемая тоска от того, что все умерли, так и не попросив друг у друга прощения за то, что делали много зла».

«В другом сновидении мне предста́вляется, что наша семья въехала в новую квартиру из нескольких комнат. Я хожу и расставляю мебель. Всегда получается так, что почему-то в одной комнате нагромождено, а в другой — вещей слишком мало. Через некоторое время я обнаруживаю неизвестную мне до этого комнату. Осматриваю ее и вижу, что она коридорчиком без дверей (или с дверями без запора) соединяется с другими квартирами. В мою квартиру лезут чужие люди, и я ничего не могу сделать против их нашествия. Я плачу, кричу, но они располагаются у меня, как хозяева, роются в моих книгах и вещах, отталкивают меня как неодушевленный предмет. От этого кошмара я всегда просыпаюсь и весь день хожу подавленная».

«Однажды мне снился сон с продолжением, как в многосерийном фильме, причем он был очень реалистичным и детализированным. Я будто бы была продавщицей в захудалой лавчонке где-то во Франции, в маленьком приморском городке. Я была дочкой русского эмигранта. Обитатели города учили меня французскому языку. Когда я, запомнив несколько фраз, проснулась и сверила их по словарю, оказалось, что я напутала очень мало, хотя там были редко встречающиеся слова. (Я учила французский язык в школе и помню его плохо; могу сама перевести лишь обиходные, простые предложения)».

Так же как галлюцинации, сопровождающиеся бредом, видения во сне могут сочетаться с бредоподобными переживаниями. Указанные переживания не совпадают или совпадают по сюжету с образами сновидений, т. е. образы сновидений своими действиями и высказываниями «питают» переживания во сне, подобные бреду. При этом снящийся бредовой сюжет нередко совпадает с бредовыми переживаниями бодрствующего состояния.

44. Больная Л. О., 36 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна с 12—13 лет.

В статусе: при закрытых глазах видит сменяющиеся, застывшие, неподвижные или двигающиеся образы людей. Высказывает лишенные актуальности идеи отношения и преследования. В повторяющихся сновидениях ясно видит, что окружающие следят за ней, слышит, как на ее жизнь намекают по радио и телевидению, специально «подстраивают» ей всякие неприятности. Много лет повторяется тягостный сон: решает какую-то задачу и никак не может решить ее.

Одинаковые по сюжету переживания во сне бывают яркими, чувственными, сенсорными или тусклыми, мимолетными. Большая или меньшая сенсорность зрительных и других образов отмечена почти во всех приводимых наблюдениях.

Образы сновидений, так же как галлюцинации, могут иметь самую разнообразную рецепторную принадлежность. Так, во сне могут сочетаться зрительные образы и слуховые (реплики, монологи и диалоги, музыка), а также запахи, прикосновения, удары, вкусовые ощущения и т. д.

Наблюдения показывают, что различные люди (психически больные и здоровые) испытывают переживания во сне с разной «заинтересованностью» рецепторов. Одни только «видят» сны, другие в сновидениях видят и слышат, третьи испытывают во сне вкусовые, обонятельные, тактильные ощущения. Если один человек, например, во сне только видит собаку или куст роз, то другой также слышит лай собаки и ощущает запах роз.

Один человек, видя во сне, что он ест пирожное и пьет лимонад, вкуса всего этого не ощущает. Другой, наоборот, при подобного рода сновидениях настолько живо ощущает сладость во рту, что это ощущение остается после пробуждения. То же самое касается запахов — снообоняния.

Л. де Майо (1969), изучая снообоняние, отметил, что оно так же относительно редко встречается, как и обонятельные галлюцинации. При этом он подчеркивает, что снообоняние всегда сложно по сюжету, по аналогии с обонятельными галлюцинациями, которые всегда связаны с бредом.

Установлено, что слепые или глухие от рождения не переживают снов с видением или слышанием, так же как, заболев психически, они не испытывают аналогичных галлюцинаций. Некоторые авторы отмечают известное соответствие между частотой вовлеченности различных рецепторов в сновидениях здоровых людей и при галлюцинациях психических больных.

А. М. Рыбальский и С. А. Извольский (1976) на вполне репрезентативном материале нашли, что сновидения у здоровых бывают зрительными в 81,6%, слуховыми в 61,4%, тактильными в 40%, обонятельными в 4% случаев*. Они же приводят материалы В. Н. Новикова, согласно которым среди всех психически больных, состоящих на учете, когда-либо в жизни испытывали зрительные галлюцинации 11,3%, слуховые 43,5%, тактильные 0,7%, обонятельные 0,6%.

Мы наблюдали группу больных (19 человек), которые только видят сны, но эти сны никогда не сопровождаются у них сно-слышанием, снообонянием и т. д. Установить какую-либо закономерность подобного явления нам не удалось, так как ука-

* Приведенные показатели не суммируются, поскольку наблюдаемые у одного и того же больного зрительные, слуховые и другие переживания во сне учитываются раздельно.

занная группа была разнообразной по возрасту, соматическому и неврологическому статусам, а также по психиатрическим диагнозам. Однако этот вопрос, по нашему мнению, нуждается в дальнейшем тщательном изучении. К сказанному о полиморфности сновидений можно добавить, что видения во сне могут быть непрозрачными, телесными и прозрачными, через которые просматривается представляемое пространство.

Одним из наиболее существенных в практическом отношении следует признать вопрос о нозологической принадлежности сновидений психически больных и типичности различных особенностей «видений» во сне для тех или иных психозов.

Рассмотрение «видений во сне» в качестве своеобразных переживаний, близких к галлюцинаторным, дает основания полагать, что эти «видения» в известной степени отражают состояние психической деятельности и характер ее отклонения от нормы. Следовательно, их квалификация может использоваться в качестве одного из вспомогательных методов диагностики психических расстройств.

М. Крамер (1970) считает, что сновидения психически здоровых обычно реалистичны, аффективно насыщены и сопровождаются пассивностью спящего по отношению к действиям во сне, причем сюжет этих сновидений в 50% случаев связан с пережитым за день. По его мнению, сновидения больных шизофренией лишены аффективной насыщенности, тусклы, нередко неприятны по содержанию, с устрашающим, часто меняющимся сюжетом. При олигофрении — имеют радужное содержание, при органических заболеваниях мозга — обыденное, при старческих и сосудистых — неприятные, тягостные, относящиеся к давнему времени.

С. Фишер, Е. Канн, А. Эдвард, Д. М. Дэвис, Н. Финэ (1972) при исследовании большого количества случаев кошмарных и устрашающих сновидений отметили, что эти сновидения по содержанию часто соответствуют психотравмирующим факторам и бывают при полной или относительной интеллектуальной сохранности больных. Т. Ода (1973) нашел, что при острой шизофрении учащаются и возникают повторяющиеся в течение одной ночи сны. Многие авторы указывают на то, что особенности нарушения мышления в бодрствовании и сновидении у больных шизофренией тождественны, отличаются нечеткостью разграничения «я» и «не я», паралогичностью, сменяемостью. Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина (1977) сообщают, что при эпилепсии с правосторонней эпиактивностью, зафиксированной на ЭЭГ, возникают повторяющиеся по сюжету сновидения.

На нашем относительно небольшом материале удалось проследить известную типичность для определенных заболеваний некоторых особенностей проявлений сновидений. Так, повторяющиеся сны, нередко кошмарного трагического содержания, чаще наблюдаются при психопатии, но встречаются также при других заболеваниях, обычно после воздействия психотравмирующих факторов.

Из 25 наблюдавшихся нами больных с повторяющимися сновидениями 12 страдало психопатией, 5 — органическим заболеванием мозга травматического или сосудистого генеза, 6 — шизофренией (главным образом с вялым течением, психопато- и неврозоподобными проявлениями) и 2 — эпилепсией. Средний

возраст больных шизофренией составлял 38 лет, а остальных больных — 45 лет. У 23 из 25 больных появлению повторяющихся сновидений предшествовала острая или хроническая психогенная травматизация.

Повторение сновидений иногда бывает абсолютно точным по композиции (наподобие «клише»). В этих случаях содержание сновидений нередко имеет символический оттенок. Например, больной многократно снится, что она идет по мосту, проведенному над морем, и при приближении идущей навстречу машины вынуждена прыгать в море, или, в другом случае — больной во сне всегда видит один и тот же странный чертеж, в смысл которого старается вникнуть, но не может.

Роль психотравмирующего фактора нередко играет наличие или подозрение о наличии тяжелого соматического заболевания. При этом содержание повторяющихся по типу «клише» кошмарных сновидений часто не имеет ничего общего с психотравмирующей ситуацией.

45. Больная В. И., 47 лет.
Диагноз: церебральный атеросклероз.
Год назад перенесла операцию по поводу фибромы матки. Очень волновалась, так как было подозрение на злокачественную опухоль.
В клинической картине наряду со снижением интеллекта, раздражительностью, слабодушием, ипохондрическими высказываниями бывают навязчивые, повторяющиеся по типу «клише» неприятные сновидения: больная идет по лесу, лугу, городу и все время попадает в какие-то ямы.

Иногда удается установить прямую сюжетную или ассоциативную связь между психогенной травмой и сновидением.

46. Больная С. Г., 48 лет.
Диагноз: шизофрения с вялым неврозоподобным течением.
Около 10 лет страдает язвенной болезнью. 3 года назад перенесла резекцию желудка. В предоперационном периоде была выраженная психогенная реакция.
Часто видит кошмарные сны с абсолютно одинаковым сюжетом: она «тянет изо рта кишку и никак не может ее вытянуть», при этом появляется страх смерти.

В кошмарных или просто неприятных сновидениях, в большей или меньшей степени связанных с психогенией, может повторяться не их оформление, композиция, развитие действия (по типу «клише»), а тема сновидения, его смысл. В этих случаях различными могут быть время, место, действующие лица и само действие, но все подчинено одному замыслу, одной теме. Тема эта нередко связана с психотравмирующим фактором или с тягостными для больного фобиями.

Среди подобных видений во сне в наблюдавшихся нами случаях были образы недавно умерших мужа и сына, поиски пропавшей дочери, судебное разбирательство, острые конфликты, драки, защита от нападающих, тюремное заключение, больничные палаты, операционные и т. д.

В единичных случаях образы повторяющихся сновидений возникают у больных в состоянии бодрствования в виде иллюзий или галлюцинаций.

47. Больная В. Д., 41 год.

Диагноз: органическое заболевание головного мозга сложного генеза (травма, ревмоваскулит мозга).

Сообщает, что часто болеет, постоянно обращается в поликлинику, многократно стационируется по поводу соматических заболеваний. В детстве и отрочестве перенесла несколько тяжелых ревматических атак и дважды — черепно-мозговую травму. Примерно с 30—33 лет отмечает повторяющиеся кошмарные сновидения: в разных сценических композициях (в больнице, темном лесу, сыром подвале) видится страшный человек в белом халате с бакенбардами. Он угрожающе смотрит на больную, показывает на нее пальцем.

В дальнейшем при каждом ухудшении самочувствия человек с бакенбардами в халате видится наяву: в толпе, коридоре поликлиники, пустой комнате. Иллюзорные, галлюцинаторные образы реалистичны, кратковременны. При улучшении общего состояния, отдыхе, нормализации сна — кошмарные сновидения, иллюзии и галлюцинации не возникают. Перед засыпанием иногда бывает ощущение отсутствия рук. Окружающее пространство нередко видит как в перевернутый бинокль. При утомлении обычный типографский шрифт кажется выпуклым, рельефным.

У больных шизофренией содержание сновидений нередко соответствует сюжету бреда (преследование, физическое воздействие) или характеру страхов.

48. Больная В. С., 35 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым неврозоподобным течением.

С детства боится «покойников». Последние 3 года — страх, что может войти «покойник» в дом, что она увидит его или услышит. С 29 лет бывают оклики по имени, слышит стуки. Отмечает плохой прерывистый сон с кошмарными сновидениями: почти всегда видятся покойники. Это мужчины и женщины, реже дети. Они приходят к больной в комнату, оказываются на ее постели или лежат в гробу и т. п. Такие видения во сне могут повторяться в течение одной и той же ночи или с промежутками в несколько суток.

В сновидениях повторяться могут не только зрительные, но также слуховые, обонятельные и другие образы.

49. Больная К. Ж., 17 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым течением и психопатоподобными проявлениями.

В статусе: манерна, склонна к мудрствованию, философствованию о смысле жизни и своем месте в мире. Галлюцинаций и бреда выявить не удается. Утверждает, что она не такая, как другие ее сверстницы, что отличается от них особенностями характера. Недавно у нее появилось ощущение богатой эмоциональной внутреиней жизни. Это ощущение иногда на часы или дни исчезает и тогда становится скучно, неприятно. Отмечает повторяющиеся сны со снообонянием: в периоды приподнятого настроения это приятные сны — обычно прогулки по саду, созерцание клумбы с ароматными цветами или благоухающего куста роз. При плохом настроении — это, например, болото с тиной, лягушками и неприятным запахом.

Значительно реже повторяющихся встречаются продолжающиеся сновидения. Мы наблюдали такие сновидения у 7 боль-

ных, из которых 4 страдают шизофренией, 2 — эпилепсией и 1 — травматической болезнью с судорожным синдромом. Продолжение сновидений может отмечаться в течение одной и той же ночи при прерывистом сне или в разные ночи. В содержании сновидений нередко отражаются болезненные переживания бодрствования и характер дефекта.

Обращает на себя внимание особый характер продолжающихся и повторяющихся снов при эпилепсии. Создается впечатление, что во время сна у таких больных возникают пароксизмы, при которых фазовое физиологическое изменение сознания, связанное со сном, замещается патологическим нарушением сознания эпилептического генеза, влияющим на характер сновидений. Однако эти больные хорошо запоминают свои сны (хотя, быть может, не всегда).

50. Больная Ш. Д.. 43 года.

Диагноз: эпилепсия с судорожными припадками во сне и пароксизмальными нарушениями сознания.

Больна 12 лет.

В сновидениях: содержательные сценические действия. Очень часто снится полет, «подъем вверх», управляемый больной: чем больше она натягивает подол юбки, тем летит выше. Иногда снится, что она кубарем катится с горы и не может остановиться, приснившееся может точно повториться в последующие ночи и продолжаться с того момента, на котором больная проснулась в предыдущую ночь.

Так называемые «вещие сны» отмечены нами только у 4 больных шизофренией, во всех случаях с вялым непрерывным течением: с психопатоподобными проявлениями — 2 и параноильной симптоматикой — 2. При таких «вещих снах» больные обычно утверждают, что им приснился сон, который впоследствии в действительных событиях полностью или частично подтвердился. Очень редко действительные события, по рассказу больных, детально повторяют сновидения. В подобных случаях, однако, как правило, не удается установить, когда больной вспоминал «вещий сон», до осуществления в жизни его сюжета или после. Надо полагать, что во всех случаях «вещих снов» их сюжет вспоминается, ретроспективно оценивается и «приспосабливается» к действительным событиям после этих событий. Иначе говоря, описание «вещего сна» — это возникшее после действительного события ложное воспоминание о сюжете якобы имевшего место сновидения. Нельзя также исключить, что ложное воспоминание охватывает не только «вещий сон», но и «предсказанное» им событие.

Рассказы больных о «вещих снах» не всегда удается подвергнуть психопатологическому анализу, поскольку нередко они являются вымыслом, основывающимся на предрассудках.

51. Больная В. Л., 29 лет.

Диагноз: шизофрения, вялотекущая форма с психопатоподобными проявлениями.

В статусе: общительна, охотно рассказывает о себе, формально критична.

Приводит следующее описание собственного сновидения: «Мне было лет 15, я влюбилась в доме отдыха в одного мальчишку. Так как я была очень стеснительная, я с ним даже не перекинулась словом. Когда я уже была дома, мне приснился сон, будто я иду по улице Горького, сворачиваю в какие-то переулки, прохожу мимо больших домов, которые создают настроение блоковского цикла «Город». Затем я оказываюсь в подъезде, поднимаюсь по лестнице и вхожу в квартиру, где сидит мальчишка, в которого я влюбилась. Сон был очень детальный. Через несколько дней я уже наяву повторила «маршрут сна» и очутилась в квартире этого парня. Потом сопоставила сновидения и явь, все совпало. У меня до сих пор бывают изредка сбывающиеся сны, но такого поразительного не было».

По-видимому, значительно чаще «вещие сны» в сознании больного совпадают с последующими действительными событиями по их смыслу. Причем уточнение совпадения сновидения и действительности додумывается, измышляется больным.

52. Больная И. У., 25 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым течением и психопатоподобными проявлениями.

Увлеченно и с явным интересом рассказывает о собственных сновидениях. Утверждает, что часто заранее перед сном придумывает тему сновидения, а затем действительно видит намеченный сон с дополнительным, уже не «заказанным» развитием. В течение жизни несколько раз виделись «вещие сны». Обычно эти сны касаются будущего больной. Так, за несколько дней до заболевания воспалением легких она увидела себя в больничной палате, в которую затем поступила. Не сомневается, что ей во сне виделись та же палата и те же больные.

У больных шизофренией мы наблюдали также совпадения, по их рассказам, характера сновидения и последующих бредовых переживаний, т. е. возникновение бреда после сновидения, имевшего сюжет, соответствующий бреду.

53. Больной Ж. А., 29 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

В статусе: помимо выраженных симптомов эмоционально-волевого дефекта, имеют место бредовые идеи величия: он может передавать свои мысли на расстояние и угадывать чужие, воздействовать на людей гипнозом, а у неодушевленных предметов напряжением воли вызывать движение (под его влиянием камень поднимается над землей, стол повисает в воздухе). Видит вещие, всегда сбывающиеся сны, в которых «предсказывается» появление у него сверхъестественной силы. Например, «перед тем, как ощутил в себе силу влияния на окружающих, увидел все это во сне».

У 12 больных шизофренией изменился характер сновидений, отмечавшихся до заболевания. Все перечисленные больные страдают шизофренией (вялотекущая форма) без галлюцинаторно-параноидных переживаний, средний их возраст 31 год. У 3 из них примерно с началом заболевания совпало прекращение сновидений, а у 9 — изменился характер эмоциональных реакций на сновидения, отмечавшихся во время сна и после пробуждения.

Больные указанной группы утверждают, что в отроческие и

юношеские годы они видели красивые, яркие, интересные сны. Затем сновидения стали тусклыми, малосодержательными, не имеют эмоционального сопровождения.

54. Больная Ж. П., 18 лет.

Диагноз: шизофрения, вялотекущая форма.

Заболела около 2 лет назад. До начала заболевания характеризует себя энергичной, подвижной, веселой. Любила бывать в компании. Имела много подруг. Часто рассказывала им свои сновидения, отличавшиеся всегда яркостью, динамичностью, интересным, запоминающимся содержанием: снились путешествия, морские прогулки, альпинистские восхождения. Наслаждалась во сне красотами природы. После начала заболевания все в жизни потеряло свой смысл, не видела интереса в общении с людьми, изменился характер сновидений.

В статусе: вяла, неразговорчива, мышление малопродуктивно, не может сосредоточиться, часто отмечает чувство пустоты в голове. Ничто не радует, не хочется жить. Продолжает видеть сны, но в них все пасмурно и «как-то бессодержательно, не о чем рассказывать».

Особое положение занимают сновидения, на генез которых оказывает большее или меньшее влияние основное или сопутствующее органическое заболевание мозга. Так, при наличии в клинической картине расстройств сенсорного синтеза и чувства пережитого подобные же переживания отмечаются в сновидениях.

Один наш больной, созерцая видения во сне, сопровождающиеся чувством реальности, не просыпаясь, ощущал, что точно такое он однажды видел во сне.

К числу особенностей оформления сюжета сновидений, на генез которых оказало влияние органическое страдание ЦНС, мы относим ощущение и «видение» полета во сне, а также цветные сны. Чувство полета во сне нередко переживается больными олигофренией, эпилепсией, органическим заболеванием мозга инфекционного и травматического генеза. При этом чаще всего речь идет только об ощущении полета, не сопровождающемся каким-либо видением во сне. Мы имеем в виду в данном случае ощущение, что человек летит (а не часто бывающее у детей и подростков чувство проваливания, падения), при отсутствии созерцания зрительных образов, картин, сопровождающих полет.

55. Больная П. Д., 42 года.

Диагноз: органическое заболевание мозга сосудистого генеза.

В статусе: головные боли, головокружения, диэнцефальные кризы, признаки вестибулярной недостаточности, психопатические черты характера, незначительное ослабление памяти и формальных способностей. Сновидения бывают не часто, но всегда снится ощущение полета без сюжетного оформления: она летает, на чем и как — непонятно.

Значительно реже встречаются больные, рассказывающие о сюжете сна, в который входит полет (самостоятельный или с помощью птиц, самолета и т. д.). Мы анализируем 5 таких случаев. Это больные травматической болезнью с эписиндромом или эпилепсией (3 б-ных), органическим заболеванием мозга и ши-

зофренией. В наших наблюдениях у больных органическим заболеванием мозга «видение себя летящими» сопровождается меньшей или большей сценической композицией.

56. Больная Л. И., 34 года.

Диагноз: органическое заболевание ЦНС (ревмоваскулит мозга).

Больной часто снится, что к ней подлетают птицы, она кладет на них руки, отрывается от земли, летит. Во время полета видит только птицу, за которую держится, а не места, над которыми пролетает. Прекращение видения полета внезапное («без посадки»), иногда с пробуждением.

Бо́льшая содержательность сновидения полета обычно сочетается с более колоритными невротическими или психотическими переживаниями в состоянии бодрствования и сновидениями иного сюжета.

57. Больная Р. Б., 40 лет.

Диагноз: травматическая болезнь с эпилептиформным синдромом.

Больна около 20 лет. В анамнезе: тяжелая черепно-мозговая травма, тяжелый грипп с менингеальными явлениями, ревматический полиартрит.

В статусе: наряду с жалобами неврологического характера (головные боли, головокружения, шаткость походки, нарушения ориентировки и положения тела), нередко бывают состояния измененного сознания и мгновенного отключения сознания (абсанс). Иногда больная попадает не туда, куда шла, а в совершенно незнакомое место. Временами появляется внезапное ощущение нереальности происходящего вокруг.

Внутри головы изредка пароксизмально возникают четкие, ясные мужские голоса, руководящие действиями больной, приказывающие ей. Сопровождаются эти состояния изменением сознания — она «как во сне». После выхода из пароксизма появляется критическое отношение к голосам без какой-либо бредовой интерпретации.

Сновидения крайне реалистичны, иногда их сюжет повторяется, иногда меняется, а место действия остается прежним. Часто снится ощущение и «видение» полета: она летит над землей и ясно видит все, что происходит на земле. При этом сохраняется понимание, что это снится. Щиплет себя и «перед пробуждением ощущает, что прыгает на кровать с места, в котором «находилась в полете», когда ущипнула себя. В сновидениях доминирует своеобразное чувство пережитого, которое сохраняется после пробуждения. Иногда услышанное и увиденное после пробуждения и позднее представляется пережитым во сне. Бывают крайне тягостные сновидения, во время которых ощущает себя уснувшей и видящей сон о том, что она уснула и что ей снится сон такого же сюжета. Так, по словам больной, «до 4-х сновидений одно в другом». Во сне ей страшно, что может не проснуться, переходя из одного сновидения в другое.

Цветные, обычно яркие сновидения мы наблюдали у больных с какими-либо ревматическими заболеваниями в анамнезе (ревматический полиартрит, ревмокардит, малая хорея). Если больные, которых «посещают цветные сны», не указывают прямо на наличие в прошлом ревматических заболеваний, то во всех случаях удается выявить у них частые ангины, хронический тонзиллит, преходящие суставные боли или, реже, — сосудистые заболевания иного генеза (церебральный атеросклероз, люитический эндоартериит).

Вообще цветные сны выявляются у психически больных относительно редко, на нашем материале — достоверно лишь у

22 больных, в том числе у 8 больных шизофренией (3 — с шубообразным и 5 — с вялым неврозоподобным течением) и у 14 с органическим заболеванием мозга сосудистого генеза. Средний возраст больных органическими заболеваниями мозга составил 26 лет, а шизофренией — 24 года. Во всех случаях органических заболеваний мозга в прошлом отмечался ревматизм и в клинической картине доминируют жалобы неврологического характера (головные боли, головокружения, диплопия), ухудшение памяти, нередко диэнцефальные приступы, фотопсии и акоазмы, метаморфопсические расстройства.

58. Больная Ч. Н., 26 лет.
Диагноз: органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза.
В анамнезе: полиартрит с 12 лет, частые ангины.
В статусе: головные боли, головокружения, преходящая диплопия, разнообразные фотопсии, приступы диэнцефального типа, ухудшение памяти. Сновидения обычно цветные: все образы — одежда людей, птицы и представляемое пространство — луг, небо, река видятся цветными, с ярким окрашиванием, соответствующим объекту. Больная жалуется на то, что после пробуждения она чувствует утомление, связанное, в основном, с яркостью цветных видений во сне.

О существовании снов, называемых нами «многослойными», при которых больному снится, что он видит сон (набл. 57), мы узнали только тогда, когда стали специально заниматься изучением сновидений. «Многослойные» сны в нашем материале встречаются в единичных случаях, всегда при наличии истерических черт характера.

В число наших наблюдений не включены результаты анализа сновидений у больных хроническим алкоголизмом и наркоманией. Широко известно, что в состоянии алкогольной или наркоманической абстиненции больным нередко снятся сюжеты, связанные с приемом алкоголя или наркотиков, а также «кошмарные сны», сопровождающиеся страхом и тревогой при пробуждении. Установлено, что, чем тяжелее форма абстиненции, тем чаще и содержательнее сновидения, посвященные Бахусу.

А. М. Рыбальский и С. А. Извольский (1976) нашли, что у больных алкоголизмом вне состояния опьянения сновидения отличаются бедностью сюжета, разрозненностью сновидных образов, более частым, чем у здоровых, запамятыванием содержания сновидений и редким возникновением во сне критических сомнений в действительности видимого.

Опрашивая здоровых и психически больных о наличии у них сновидений, мы встречали людей, которым, по их утверждению, никогда никакие сны не снятся и не снились. При детальном обследовании в таких случаях нередко удается установить, что сновидения, «по-видимому, бывают», но больные о них всегда забывают. Выявить какую-либо закономерность в этом плане нам не удалось. Возможно, правы исследователи, которые счи-

тают, что сновидения бывают главным образом в фазе быстрого сна и не запоминаются, если пробуждение приходится на фазу медленного сна. Можно ли предполагать, что у некоторых людей всегда, когда они спят, превалирует фаза медленного сна, а пробуждение всегда приходится на эту фазу, сказать трудно.

Приводя сравнительно небольшой материал о сновидениях, мы ни в коей степени не считаем его исчерпывающим и поэтому не делаем окончательных выводов клинического характера. Однако наши материалы и данные литературы, подчеркивая диагностическое значение особенностей видений во сне, позволяют подтвердить обоснованность их включения в общую классификацию иллюзий и галлюцинаций и демонстрируют возможность применения при изучении сновидений общих и частных критериев оценки галлюцинаций.

Внушенные и гипнотические галлюцинации. Признание патогенетического и феноменологического сходства между иллюзиями, галлюцинациями и сновидениями позволяет говорить о наличии такого же сходства между указанными психопатологическими феноменами и гипнотическими галлюцинациями, которые, подобно сновидениям, отнесены нами к 6-й классификационной группе.

Мы различаем внушение галлюцинаторных образов в состоянии гипнотического сна (при открытых или закрытых глазах), в состоянии бодрствования и возникновение этих образов без дополнительного внушения — спонтанно, в состоянии гипнотического сна.

Внушенные в состоянии гипнотического сна или бодрствования галлюцинаторные образы могут быть зрительными, слуховыми, обонятельными, вкусовыми, осязательными. При этом образы, внушаемые в состоянии сна или бодрствования при закрытых или открытых глазах (не только зрительные, но и все остальные), имеют весьма существенные феноменологические отличия. Лучше всего такие отличия выявляются тогда, когда обманы чувств внушаются без предварительного погружения в гипнотический сон и содержание внушения касается только этих обманов. Отличия, о которых идет речь, заключаются в том, что галлюцинации, внушаемые в состоянии гипнотического сна при закрытых глазах, всегда, а при открытых — иногда, видятся в представляемом или также внушенном пространстве. В других случаях галлюцинации, внушаемые в гипнотическом состоянии при открытых глазах, а также галлюцинации, внушенные без предварительного погружения в гипнотическое состояние (если внушается только галлюцинаторный образ), видятся в воспринимаемом пространстве.

Сновидения в состоянии гипнотического сна и галлюцинации, внушенные в этом состоянии при закрытых глазах, феноменологически ближе к обычным сновидениям. Галлюцинации, вну-

шенные в гипнотическом состоянии при открытых глазах и в состоянии бодрствования, феноменологически ближе к галлюцинациям психически больных. Следовательно, термином «галлюцинации в гипнозе» объединены близкие, но не тождественные феномены. К ним относятся:

а) «виде́ния», спонтанно возникающие в гипнотическом сне (гипнотические сновидения);

б) галлюцинации, внушенные в состоянии гипнотического сна, при закрытых глазах пациента (гипнотические галлюцинации при закрытых глазах);

в) иллюзии и галлюцинации, внушенные в гипнотическом состоянии при открытых глазах пациента (гипнотические обманы при открытых глазах);

г) иллюзии и галлюцинации, внушенные пациенту, который находится в состоянии бодрствования (внушенные обманы).

Внимание исследователей издавна привлекает возможность сравнительного изучения, клинического сопоставления иллюзий, галлюцинаций, сновидений и внушенных гипнотических галлюцинаций.

Г. Бонн (1898) отмечает, в частности, наличие перехода между так называемыми «наведенными грезами» и сомнамбулизмом.

Еще в XIX веке было накоплено много доказательств участия чувственной сферы в гипнотических галлюцинациях. Со второй половины XIX века и затем в течение всего текущего столетия описывается спонтанное изменение чувствительности в гипнозе, как изолированное, так и связанное с галлюцинациями [В. М. Бехтерев, 1897; Бонн, 1888; и др.].

Спонтанное изменение чувствительности находят и у душевнобольных. Например, у делирантов обнаружены «центральные анестезии», сужение полей зрения, преходящая амблиопия; у больных шизофренией со слуховыми галлюцинациями — обострение слуха и в то же время снижение уровня разборчивости речи [В. Д. Азбукина, 1964; Е. Ф. Бажин, 1967; С. Я. Рубинштейн, 1968].

Сложнее обстоит дело с установлением интенсивности чувственного переживания внушенных зрительных и слуховых галлюцинаций. Льебо (1866), одним из первых изучавший этот вопрос, отмечает, что чувствительность в гипнозе спонтанно исчезает на периферии конечностей, затем притупляются зрение и вкус, последними исчезают слух и обоняние.

Отмечено, что гипнотические сновидения легче провоцируются, чем сновидения в ночном сне, они длятся от 10 секунд до 2 минут и могут возникать спонтанно, имея при этом большое сходство с физиологическими.

Многие авторы выявили, что внушение пятен, тумана, облаков, цветов удается легче, чем определенных оформленных зрительных образов (П. Шильдер и О. Каудерн, 1927), а также, что внушенные образы более отчетливы, реалистичны и реальны для больного, чем ночные сновидения (И. Г. Беспалько, 1955). По актуальности содержания Г. Б. Абрамович (1958), И. Г. Беспалько (1955) сближают психопатологические иллюзии с внушенными галлюцинациями. Внушенные галлюцинации по характеру их проявления нередко отождествляются с истинными галлюцинациями психически больных (В. П. Осипов, 1923). Так же, как у психически больных, при гипнотическом внушении могут возникать так называемые положительные галлюцинации, когда внушенный образ видится перед открытыми глазами, и галлюцинации отрицательные, когда под влиянием внушения перестают восприниматься какие-либо предметы окружающего объективного пространства [В. А. Гиляровский, 1954; С. С. Корсаков, 1913]. Внушенные отрицательные

галлюцинации В. П. Осипов (1923), по-видимому, более правильно называет внушенным невосприятием объекта — внушенной агнозией.

Некоторые состояния физиологического сна или снохождения (по А. Маттею (1829), «снободрствования») очень напоминают состояния гипнотического сна с открытыми глазами. Однако при физиологическом сне сновидения чаще всего запоминаются, а действия, совершенные в снободрствовании, — забываются.

Близость ряда галлюцинаций, спонтанно возникающих у психически больных, и внушенных галлюцинаций в известной степени подтверждается указаниями С. С. Корсакова (1913) на значение состояния внимания при акте обычного восприятия и при возникновении галлюцинаций. Эта близость подтверждается также наблюдениями И. С. Сумбаева (1932), установившего возможность устранения и ослабления яркости галлюцинаторных образов на 10—15 минут с помощью гипнотического воздействия.

Известную связь с внушенными иллюзиями и галлюцинациями имеет ряд диагностических приемов (пробы Ригера-Рейхарда, Ашаффенбурга и др.). Больные, которые находятся в пределириозном или делириозном состоянии, при предъявлении им чистого освещенного листа бумаги видят на этом листе печатные или рукописные тексты, различные картинки [М. Рейхард, 1905; Ригер, 1906]*. Те же больные, прислонив к уху отключенную телефонную трубку, слышат обращенную к ним речь, брань, приказания, и ведут оживленную, часто аффективно насыщенную беседу (Ашаффенбург, 1912).

При перечисленных пробах нет надобности внушать больному, что на листе имеется текст или что с ним будут говорить по телефону. Роль суггестивного фактора в данном случае играет лист бумаги (коль скоро это бумага, значит на ней что-то написано) или телефонная трубка (так как вид ее напоминает о телефонных переговорах).

Больные в состоянии делирия после внушения о том, что предъявленный им лист бумаги (белый) окрашен в какой-либо цвет, последующие листы симультанно «видят» окрашенными в тот же цвет (Е. А. Попов, 1941).

Суггестивный генез имеет также проба, при которой больному делирием как будто что-то вкладывают в кисть и зажимают ее. Больной при этом ощущает в кулаке посторонний предмет и пытается угадать, что это такое [В. П. Осипов ,1916; М. О. Гуревич, М. Я. Серейский, 1937].

Частично суггестивный характер необоснованно приписывается некоторыми авторами также феномену Липмана. Вместе с тем возникновение указанного феномена, в классическом варианте, связано только с раздражением зрительного анализатора и не сопровождается внушением.

Этот феномен (Г. Липман, 1895) заключается в том, что у больных белой горячкой в пределириозном или постделириозном состоянии при надавливании на глазные яблоки возникают галлюцинации, близкие по сюжету к делириозным. Галлю-

---

* Цитируется по М. О. Гуревичу, М. Я. Серейскому (1937).

цинации эти «видятся» при закрытых глазах, в экстрапроекции и, как правило, исчезают при открывании глаз; часто пугают больного. При исчезновении галлюцинаций к ним полностью восстанавливается критика.

Если больного алкоголизмом с признаками абстиненции погрузить в гипнотическое состояние и внушить ему зрительные образы, то затем, в состоянии бодрствования, эти образы могут возникать только при надавливании на глазные яблоки без дополнительного внушения (как при классическом феномене Липмана). Аналогична этому феномену проба Пуркинье: спонтанное (без суггестии) возникновение ярких красочных фотопсий при надавливании на глазные яблоки.

Принципиальное отличие от феноменов Липмана и Пуркинье имеет суггестивная проба, предложенная В. М. Бехтеревым (1897). Применяется она на более отдаленных этапах выхода из делирия, когда феномен Липмана уже не возникает. Состоит эта проба в том, что больной видит зрительный образ, внушенный ему одновременно с легким надавливанием на опущенные веки. При этом давление на глазные яблоки почти не оказывается. Веки закрываются большими пальцами обеих рук и больному внушается, например, что в правом нижнем углу появляется образ старика с лысой головой, красным носом и белой бородой.

О феноменологической сущности диагностических проб, применяемых при алкогольных психозах, кроме упомянутых выше, писали также: В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко (1968); Х. Г. Гасанов (1967); В. А. Гиляровский (1949, 1954); А. М. Зайцев, А. Н. Иванов (1907); А. Н. Молохов, Ю. Е. Рахальский (1959); В. Е. Рожнов (1964); И. Ф. Случевский (1957); И. В. Стрельчук (1970); А. А. Портнов, Д. Д. Федотов (1971).

Многочисленные литературные данные, наши собственные наблюдения и исследования Г. В. Старшенбаума (1976) показали, что внушенные гипнотические галлюцинации и внушенные наяву галлюцинации могут, по программе гипнотизирующего, так же, как сновидения, обладать очень большим феноменологическим разнообразием. Однако было бы неправильным полагать, что полиморфизм проявления «внушенных» в гипнозе галлюцинаций связан только с программой, принятой врачом, проводящим гипноз.

Мы убедились в том, что те и другие галлюцинаторные образы видоизменяются под влиянием собственной интеллектуальной деятельности пациента. Так, может внушаться, например, галлюцинаторный образ конкретной, большой или маленькой, черной или белой собаки, и в этих случаях пациент видит галлюцинаторный образ собаки, такой, как указано при внушении. Если же внушается образ собаки вообще, то ее величина, порода, окраска могут «достраиваться» самим пациентом в соответ-

ствии с информацией, имеющейся у него в результате жизненного опыта.

Ю. И. Смоленцев (1968) отмечает, что внушаемые при открытых глазах пациента образы отличаются от сновидений и от представлений только тем, что не обладают характером произвольности, не связываются пациентом с активностью собственной психической деятельности.

Так или иначе, внушенные галлюцинаторные образы обладают всеми без исключения свойствами различных патологически возникающих у психически больных иллюзий и галлюцинаций. Следовательно, внушенные галлюцинации могут изучаться в качестве своеобразной модели галлюцинаций психически больных. Поэтому особого внимания заслуживают попытки определения закономерностей, обусловливающих те или иные признаки внушенных галлюцинаций.

Внушенные галлюцинации, как было сказано, проецируются в объективное воспринимаемое пространство или «видятся» в представляемом, внушенном пространстве. Эти галлюцинации в одних случаях обладают свойствами объективной реальности для больного, воспринимаются им как действительно существующие (реальные), а в других — как представляемые.

Наши исследования в основном подтверждают наблюдения Ю. И. Смоленцева (1968) о том, что чувством реальности для больного обладают гипнотические галлюцинаторные образы, внушение которых сопровождается указанием на точную их локализацию среди окружающих объектов и, следовательно, указанием на фиксацию взора больного. Также реальными для больного представляются гипнотические образы, восприятие которых сопровождается эмоциональной реакцией, аффектом, живой мимикой, жестикуляцией и т. п.

Кроме отмеченных выше, внушенные галлюцинаторные образы могут обладать такими свойствами, как прозрачность и непрозрачность, локализация внутри головы (Ю. И. Смоленцев, 1968), окрашенность и бесцветность, динамичность и статичность, сложность и элементарность и т. д.

Г. В. Старшенбаум*, проводя моделирование галлюцинаторных образов в гипнотическом состоянии, изучал применимость для оценки этих внушенных образов основных (общих и частных) критериев и вспомогательных признаков, разработанных для клинической оценки галлюцинаций. При этом он убедился в том, что многие свойства и признаки галлюцинаторных образов, внушенных в гипнотическом состоянии при открытых глазах или в бодрствующем состоянии, мало отличаются от галлюцинаций психически больных, определяемых термином «истинные». Близкими, например, оказались характер проекции в пространстве внушенных и возникших у больных галлюцина-

* Неопубликованные материалы.

торных образов, а также значение для свойств тех и других степени помрачения сознания или глубины гипнотического сна, расстройства мышления или участия мыслительных процессов и др.

Наличие безусловной патогенетической связи и феноменологической близости между галлюцинациями психически больных и гипнотическими внушенными галлюцинациями делает правомерной постановку вопроса о роли суггестии и главным образом аутосуггестии в возникновении и характере некоторых иллюзорных и галлюцинаторных переживаний психически больных. Это касается, в первую очередь, иллюзий и галлюцинаций, возникающих, например, в состоянии аффекта при паранойяльном или параноидном синдромах (особенно сопровождающихся большей или меньшей степенью помрачения сознания — преимущественно при экзогенно-органических психозах).

Анализ механизма возникновения внушенных гипнотических галлюцинаций позволяет предположить, что у психически больных могут возникать самовнушенные галлюцинации.

К аутосуггестивным галлюцинациям относятся, например, «видение водного источника» людьми, томимыми жаждой, массовые галлюцинации, возникающие при психических эпидемиях (Крафт-Эбинг, 1881), и экстатические галлюцинации религиозного содержания*. От них отличаются в патогенетическом отношении некоторые слуховые и зрительные галлюцинации, возникающие соответственно у оглохших и ослепших людей, зрительные галлюцинации, осложняющие иногда (по наблюдению В. В. Шостаковича, 1964) вербальные галлюцинации в момент их наибольшей остроты и интенсивности, а также галлюцинации, присоединяющиеся к предварительно возникшему паранойяльному или параноидному бреду.

С последней мыслью вполне согласуется мнение В. П. Осипова (1923) о значении аутосуггестии при развитии сложных галлюцинаций. Характер «аутосуггестивного воздействия» на возникновение галлюцинаций имеет, по-видимому, фактор «прислушивания», о котором пишет С. Я. Рубинштейн (1977). Этот фактор, в нашем понимании, заключается в том, что больной, например, с бредом преследования, интерпретирующий происходящее вокруг в плане указанного бреда, ожидает его подтверждения в высказываниях окружающих. Готовность такого больного услышать враждебные реплики, «прислушивание» к ним создает все условия для появления соответствующих иллюзий, имеющих аутосуггестивный генез.

Ту же мысль подтверждает В. Х. Кандинский, (1952), подчеркивающий, что галлюцинации, «тесно связанные с интеллектуальным бредом больных» и служащие «ему как бы иллюстрациями», оказывают на бред «обратное громадное влияние»**.

---

* В известной степени самовнушением можно объяснить действия индийских йогов, египетских браминов, пифий и сивилл древности, которые, погружая себя искусственно в состояние «сноподобного оцепенения», испытывали различные слуховые и зрительные галлюцинации, в основном религиозного и пророческого содержания.

** В. Х. Кандинский. «О псевдогаллюцинациях», 1952, с. 72.

Наши наблюдения подтверждают аутосуггестивный характер возникновения истинных галлюцинаций у больных шизофренией с бредом и псевдогаллюцинациями (предшествовавшими истинным).

59. Больной Х. О., 54 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

У больного в процессе развития психоза после появления внутри головы голоса, говорившего ему о том, что в одном из домов поселка спрятан золотой клад, возникло бредовое убеждение о наличии этого клада и о том, что группа каких-то людей преследует его, «наводит на клад с провокационной целью». Формирование бреда продолжалось несколько месяцев, сопровождалось чувством тревоги, страха, бредовой интерпретацией происходящего вокруг. Истинные галлюцинации появились после завершения формирования бреда: больной однажды, проходя мимо дома, в котором якобы спрятан клад, услышал доносившиеся из дома голоса детей, кричавших о золотом кладе, и шепотное предупреждение о предстоящем пожаре этого дома.

Аналогичный генез имеют галлюцинации 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 также бреда, мы находим при анализе индуцированных психозов.

Все сказанное делает особенно важным в практическом отношении анализ всех феноменов, происхождение которых в большей или меньшей степени связано с внушением или самовнушением.

7-я группа. Иллюзии и галлюцинации состояний помраченного сознания*

В эту группу входят иллюзии и галлюцинации гипнагогические и гипнопомпические, истерического и эпилептического сумеречных состояний, аментивного, онирического, делириозного, онейроидного синдромов.

Внутригрупповое расположение перечисленных феноменов условно. Оно зависит от соотношения при их возникновении степени, характера, особенностей помрачения сознания и наличия расстройства мышления до и после галлюцинирования.

Гипнагогические (Моро де Тур, 1845), *гипнопомпические* галлюцинации в одних случаях могут трактоваться в качестве феноменов, ничем по механизму возникновения не отличающихся от сновидений, в других — они близки к галлюцинаторным переживаниям состояний помраченного сознания, а в третьих— к псевдогаллюцинациям.

В соответствии с этим, феномены, наблюдаемые при переходе от бодрствования ко сну и близкие к ним патогенетически или психопатологически, можно разделить на следующие виды:

---

* В отличие от всех других иллюзорных и галлюцинаторных феноменов, мы называем их «иллюзиями, галлюцинациями помраченного сознания».

а) зрительные, слуховые и другие образы, возникающие произвольно при закрывании глаз в субъективном пространстве («ассоциативные», по Г. К. Ушакову, 1969); не всегда интимно связанные с состоянием засыпания, нередко имеющие характер сенсориализации представлений (5-я группа) и поэтому совпадающие с содержанием представлений субъекта или ассоциативно близкие к этим представлениям;

б) слуховые, зрительные, тактильные (гаптические) и другие собственно гипнагогические галлюцинации, возникающие непроизвольно при засыпании и локализующиеся всегда в экстрапроекции, в субъективном представляемом пространстве (7-я группа);

в) зрительные и вербальные галлюцинации, возникающие непроизвольно в состоянии бодрствования, но при закрытых глазах обычно ночью, в темноте; видимые в субъективном пространстве, иногда сохраняющиеся при открывании глаз и локализующиеся в последнем случае в объективном пространстве (8-я группа);

г) зрительные и вербальные гипнагогические псевдогаллюцинации, возникающие при засыпании или при закрывании глаз (но без признаков засыпания), непроизвольные, сопровождающиеся чувством насильственности, иногда сделанности, и видимые в субъективном пространстве, часто с внутренней проекцией (11-я группа).

Произвольно возникающие при закрытых глазах образы появляются тем легче, чем меньше степень раздражения других анализаторов (в состоянии покоя, темноты, тишины). Они иногда исчезают, а иногда усиливаются при засыпании, в отдельных случаях переходят в сновидения, встречаются и у психически здоровых людей. Эти образы, по-видимому, неоднородны и отличаются друг от друга различной степенью произвольности и близости к периоду засыпания. В их число, следовательно, входят различные феномены — от возникающих полностью произвольно до таких, при которых имеется лишь частичная произвольность возникновения, построения сюжета или прекращения; от таких, которые появляются, лишь только больной укладывается спать и закрывает глаза, до возникающих непосредственно перед засыпанием. Патогенетически все они близки к некоторым феноменам эйдетического ряда, отнесенным к 5-й группе, и всегда сопровождаются безоговорочной критичностью.

Собственно гипнагогические галлюцинации, возникая всегда в дремотном состоянии, характеризуются непроизвольностью, неожиданностью для больного и некоторой феноменологической близостью к сновидениям. Они чаще встречаются при самостоятельных органических заболеваниях мозга или при наличии экзогенно-органического отягощения шизофренического процесса. Эти галлюцинации нередко оказываются единственным гал-

люцинаторным феноменом у данного больного, но могут сочетаться с галлюцинаторными переживаниями другого типа.

Зрительные гипнагогические галлюцинации, обычно достаточно яркие, часто имеют сюжетную связь с настроением или бредовыми переживаниями больного. При засыпании подобным больным видятся подмигивающие лица, страшные рожи, покойники, гробы, кресты и т: п. Степень некритичности к видениям различна.

60. Больная Л. У., 27 лет.

Диагноз: шизофрения, вялотекущая форма.

Больна психически с 16 лет. В 20 и 23 года имели место тяжелые черепно-мозговые травмы.

В статусе: чувство пустоты в голове, трудность сосредоточиться, наплывы мыслей, подозрительность, идеи отношения, изредка пугающие гипнагогические обманы: в момент засыпания в экстрапроекции появляются подмигивающие кривляющиеся рожи, скалящий зубы кот и т. п. В страхе вскакивает, включает свет, понимает, что ей «привиделось».

Тактильные гипнагогические галлюцинации отличаются более интенсивными, чем тактильные галлюцинации, чувственностью и аффективностью реакции, а также большей, чем при зрительных гипнагогических галлюцинациях, некритичностью в момент переживания.

61. Больной Ю. Н., 20 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым течением, осложненная алкоголизмом.

В клинической картине — нарушения мышления: склонность к паралогичным построениям, резонерству. Очень часто перед засыпанием ощущает в руке горящую сигарету. Четко чувствует ее объем, «фактуру» (бумагу), исходящее от нее тепло. Появляется страх, что может обжечься. Вскакивает и понимает, что ему показалось.

У одного и того же больного изредка наблюдаются гипнагогические обманы различного характера. Некоторые из этих обманов феноменологически ближе к гипнагогическим псевдогаллюцинациям. Они менее ярки, сопровождаются меньшей критикой и иногда встречаются с паралогичными построениями или бредовыми переживаниями. Другие — ближе к гипнагогическим галлюцинациям. К ним быстро восстанавливается критика, несмотря на бóльшую их сенсорность.

Подобное разнообразие тактильных галлюцинаций указывает на их патогенетический гетероморфизм.

62. Больной Т. Н., 54 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма, осложненная алкоголизмом.

Болен с 28 лет. В 32 года отмечены идеи отношения и преследования, с 38 лет злоупотребляет алкоголем.

В клинической картине: паранойяльная и параноидная симптоматика с идеями преследования, отравления, ревности, чувством «открытости мыслей», невозможность сосредоточить внимание, ощущение пустоты в голове. Изредка при засыпании в «глазах появляются летящие головастики или сперматозоиды». Видения их нечетки. Они сопровождаются внезапно возникшей мыслью об импотенции. Встает, включает свет, долго не проходит чувство

огорчения. Наряду со всем этим выявляются признаки органического снижения интеллекта (выраженное нарушение памяти и формальных способностей).

Имеются нестойкие, без большой убежденности, идеи околдования, вера в сверхъестественную нечистую силу. Слабодушен, легко аффектируется. Иногда в дремотном состоянии ощущает, что на него кто-то наваливается, душит. Однажды в момент засыпания руками ощутил, что жена в шерсти, подумал, что она ведьма, но тут же проверил себя и убедился, что никакой шерсти нет. Понял, что ему показалось.

Сочетаются среди переживаний одного больного иногда не только феноменологически разные гипнагогические обманы, но также обманы, возникающие при засыпании и в состоянии бодрствования.

63. Больной Щ. К., 33 года.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма, осложненная алкоголизмом.

Болен примерно 6—7 лет.

В клинической картине: наряду с эмоциональной атаксией, элементами деперсонализации и дисморфопсиями отмечаются галлюцинации различного характера: при засыпании видит в экстрапроекции собственные глаза (начиная от переносицы), пристально на него смотрящие («глядят глаз в глаз»). Появляется страх, трясет головой, пока все не исчезает. Иногда вечером, разглядывая себя в зеркале, видит четко лишь половину своего лица, а вторая половина имеет контурные очертания. Видимая часть лица бывает то левой, то правой, шея и туловище отражаются полностью. К этим переживаниям больной ретроспективно относится критически. Критика, однако, пассивная, без эмоциональной реакции.

Гипнопомпические галлюцинации также неоднородны и относятся к принципиально различным феноменам:

а) зрительные, слуховые и другие образы, возникающие в сознании больного (в субъективном пространстве) при пробуждении. Эти образы имеют какую-либо ассоциативную связь с недавно пережитым или виденным во сне. Они произвольно создаются, видоизменяются и погашаются. Такие образы патогенетически и феноменологически сходны с произвольно возникающими при засыпании — близки к феноменам эйдетизма и сенсориализации представлений (5-я группа);

б) зрительные, слуховые и другие собственно гипнопомпические галлюцинации, возникающие при пробуждении до или после открывания глаз в представляемом или воспринимаемом объективном пространстве, непроизвольно (с чувством насильственности или без него). Они сходны с собственно гипнагогическими галлюцинациями (7-я группа);

в) гипнопомпические псевдогаллюцинации, возникающие при пробуждении непроизвольно, часто насильственно, в субъективном пространстве, с внутренней или внешней (при связи со взором) проекцией. Они аналогичны гипнагогическим псевдогаллюцинациям (11-я группа).

Слуховые галлюцинации, появившиеся в период пробуждения, если они суть сновидения (то есть связаны со сном), —

прекращаются сразу. Если же это гипнопомпические галлюцинации, меньше связанные со сновидением, то они исчезают не вдруг. Например, у делиранта галлюцинации, возникшие после сна, держатся одну — две минуты и исчезают лишь при полном пробуждении, то есть связаны с фазой сна.

Феноменологические различия между обманами, возникающими при пробуждении, интимно связанными со сновидениями, «видимыми» в субъективном пространстве и собственно гипнопомпическими галлюцинациями, особенно видимыми в воспринимаемом пространстве, весьма существенны, имеют диагностическое и прогностическое значение.

64. Больная Е. М., 29 лет.

Диагноз: органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза (ревмоваскулит).

В анамнезе: ревматический полиартрит в 14 лет.

В статусе: общительна, доступна, наряду с головными болями, головокружениями, незначительным ухудшением памяти, истощаемостью отмечаются фотопсии, акоазмы, микропсические иллюзии и обманы зрения: после пробуждения в течение нескольких мгновений при закрытых, а затем открытых глазах четко видит образ преподавательницы биологии, руководившей кружком, в котором больная длительное время занималась. Образ этот характеризуется непосредственной связью с моментом пробуждения. Он тускнеет при сосредоточении внимания, однотипно повторяется в разные дни, не имеет связи с окружающей обстановкой и сопровождается абсолютной критичностью больной.

Гипнопомпические галлюцинации, локализующиеся в воспринимаемом пространстве и ассимилирующиеся им, всегда вызывают большую эмоциональную и меньшую критическую реакцию.

65. Больная З. В., 67 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь.

В статусе: общительна, многословна. Отмечается ослабление памяти и счетных функций, обеспокоена пребыванием в психиатрической больнице. Ночью, проснувшись, ясно «видела» на соседней свободной кровати лежащего голенького ребенка. Встала, чтобы подойти к нему, но видение исчезло. В другой раз, также проснувшись, увидела сквозь открытую дверь стоящего в коридоре незнакомого мужчину. Хотела разбудить лежащую рядом больную, но все исчезло. Сообщает обо всем этом с тревогой, говорит, что во время «видений» становится страшно.

Гипнопомпическими могут быть не только галлюцинации, но также иллюзии. В этих случаях после пробуждения больной несколько мгновений видит действительно находящиеся в комнате предметы и людей в измененном виде, иногда микро- или макропсическими, движущимися (при их действительной неподвижности) и т. д. Гипнопомпические иллюзии у одного и того же больного иногда сочетаются со сновидениями, продолжающимися в просоночном состоянии (близком к сумеречному).

66. Больная Т. О., 28 лет.

Диагноз: психопатия, осложненная черепно-мозговой травмой.

С детства эмоционально лабильна, склонна к истерическим реакциям. В 14 лет перенесла закрытую черепно-мозговую травму. Жалуется на упорные головные боли, изредка головокружения, ослабление памяти.

Непосредственно перед засыпанием в сознании с большой быстротой проносятся события и образы. Утром в первые мгновения после пробуждения принимает висящую на стене школьную форму за висящего человека, пугается.

В 14—17 лет часто бывали односюжетные кошмарные сновидения: виделось, что валится потолок. Вскакивала, несколько мгновений продолжалс казаться, что поддерживает руками потолок.

Сюжет гипнопомпических галлюцинаций иногда зависит от содержания недавно имевшей место психогении.

67. Больная Б. М., 24 года.

Диагноз: шизофрения с вялым течением и неврозоподобными проявлениями.

В статусе: нестойкие идеи отношения. Склонна к уединению, стеснительна, всегда боится покраснеть. Иногда отмечает чувство пустоты в голове.

Рассказывает, что после неожиданной смерти матери в течение года беспокоили зрительные обманы, которые бывали только после пробуждения: открыв глаза, больная в течение нескольких секунд видела умершую мать, лежащую с ней рядом на кровати. Страха не было. Критика быстро восстанавливалась.

Следовательно, собственно гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации непосредственно связаны с фазовыми состояниями. С некоторыми оговорками можно сказать, что первые из них — это возникновение сновидения до засыпания, а вторые—продолжение сновидения после пробуждения (В. А. Гиляровский, 1938).

Гипнагогические и гипнопомпические псевдогаллюцинации в противоположность собственно гипнагогическим и гипнопомпическим галлюцинациям меньше связаны с фазой сна и больше с патологическим расстройством мышления.

Анализируемые далее иллюзии и галлюцинации, их структура и проявления в значительной степени предопределяются природой, характером, глубиной помрачения сознания. Поэтому галлюцинаторные феномены 7-й группы мы располагаем в зависимости от степени их патогенетической связи с расстройством сознания (после гипнагогических и гипнопомпических — сумеречные, онирические, делириозные) и по мере нарастания расстройства мышления (онейроидные).

Рассмотрение галлюцинаций аментивного и сумеречного состояний перед аналогичными феноменами онирического синдрома может вызвать возражения. Обусловлены они тем, что к предшествующим гипнагогическим и гипнопомпическим галлюцинациям своей связью со сновидениями ближе всего галлюцинации онирические и делириозные. Однако эти возражения принципиального значения не имеют, поскольку, во-первых, сумеречные состояния по своей природе также сходны с синдромами помраченного сознания и, во-вторых, в методологическом

отношении легче сопоставлять, дифференцировать совместно галлюцинации онирического, делириозного и онейроидного синдромов.

Прежде чем перейти к подробному описанию галлюцинаторных переживаний сумеречного состояния и синдромов помраченного сознания, очень кратко остановимся на иллюзиях и галлюцинациях аментивного состояния, занимающих особое положение среди феноменов 7-й группы.

При *аментивных состояниях — аменции* (Т. Мейнерт, 1878) наряду с острой спутанностью иногда возникает «острая галлюцинаторная спутанность». Она характеризуется прерывистостью, спутанностью галлюцинаторных переживаний (чаще зрительных, но иногда и слуховых). Галлюцинаторные и, по-видимому, иллюзорные феномены полностью отражают общее психическое состояние больного, характеризующееся нередко двигательным беспокойством, тревожной тоскливостью, исключительной отвлекаемостью, растерянностью, нарушением какого-либо осмысления происходящего вокруг и ориентировки, бессвязностью представлений и речевой продукции.

Больные с острой галлюцинаторной спутанностью к чему-то присматриваются, прислушиваются. Они отрывками фраз, словами, возгласами реагируют на, по-видимому, отрывочные видения и голоса. Выражения их лиц, мимика, характер аффекта также быстро сменяются, т. е. отличаются отрывочностью, бессвязностью, соответствующей отрывочности и бессвязности галлюцинаторных видений и сознания. Глубина нарушения сознания при аменции делает иллюзии и галлюцинации нетипичными для этого состояния. Кроме того, предполагать их наличие, судить о них можно, как правило, лишь по объективным признакам (по поведению и отрывочным высказываниям больных), так как в последующем наступает амнезия.

Иллюзии и галлюцинации сумеречных состояний (чаще зрительные и слуховые) отличаются непоследовательностью и повышенной чувственной реакцией (О. Бинсвангер, 1908). Расстройство сознания при этом является определяющим моментом для построения галлюцинаторных феноменов. Информацию о них можно получить в момент галлюцинирования больше по объективным признакам, чем в субъективной оценке больного. В дальнейшем на галлюцинаторный эпизод распространяется частичная и нередко полная амнезия. «Галлюцинаторные сумерки» могут быть истерической или эпилептической природы и обычно проявляются клинически в виде коротких эпизодов — галлюцинаторных пароксизмов.

При истерическом генезе подобные пароксизмы приближаются к галлюцинаторным расстройствам гипнагогического и гипнопомпического характера, поскольку, как правило, бывают вечером и ночью, но отличаются от последних отсутствием связи со сном, возникновением на фоне бодрствования. Наличие

интимной связи периода галлюцинирования с расстройством сознания, его прекращение одновременно с восстановлением сознания облегчают диагностику.

68. Больной Л. Г., 46 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз с психопатизацией по истерическому типу.

В статусе: общителен, понимает, что болен и просит лечить его. Память ослаблена, слабодушен, легко аффектируется. В состоянии аффекта бывает агрессивен, затем многое амнезирует. Иногда после какого-либо психогенного момента внезапно теряет ориентировку, все кажется изменившимся. «Видит» влетающих в форточку ангелочков или незнакомого мужчину, входящего в комнату, цветы на стенах. Галлюцинаторные образы яркие, плоскостные или объемные, всегда безмолвные. Исчезают через короткий промежуток времени так же внезапно, как появляются. Больной помнит и рассказывает о виденном. Критика восстанавливается сразу.

Соответствие галлюцинаторного сюжета при истерических пароксизмах смыслу психотравмирующего фактора не обязательно. Иногда все же оформление галлюцинаций, их вид отражает настроение больного и его отношение к происходящему вокруг, находясь в косвенной зависимости от психогении.

69. Больная Н. Б., 46 лет.

Диагноз: травматическая болезнь с психопатизацией истерического типа.

Жалуется на упорные приступообразные головные боли; «доводящие до тошноты и рвоты» приступы головокружения (при которых больная не всегда может удержаться на ногах), неустойчивую походку «с толчками вправо». Иногда возникает ощущение, что валится потолок, стены.

В анамнезе: дважды перенесла черепно-мозговую травму. В течение многих лет на любые неприятности дает бурную аффективную реакцию, не контролирует свои действия, не все помнит, что говорит, рвет на себе одежду, вырывает волосы. Неоднократно после конфликтов с мужем убегала из дома, собиралась топиться, резала вещи. Потом о случившемся помнила смутно. Однажды после ссоры с соседями упала, потеряла сознание. Очнулась в постели. Подобные состояния без видимой причины не возникают.

В статусе: общительна, доступна, адекватна, старается вызвать сочувствие у врача, просит лечить ее. Память и внимание резко ослаблены, формальные способности снижены. Скороговорки не удаются. Перед глазами почти постоянно видит мушки, снег, разноцветные полосы, кольца.

Иногда отмечаются зрительные галлюцинации. Они появляются всегда после какой-либо психогенной провокации, возникают внезапно, продолжаются 1—2 секунды и чаще бывают однотипными: мимо проходит мужчина с неприятной внешностью и злобным выражением лица или видятся страшные звериные морды. Галлюцинаторные образы достаточно контрастны. При их появлении больная не замечает происходящего вокруг, пугается, застывает в «оцепенении». После исчезновения галлюцинации критика сразу восстанавливается.

При описании феноменов 4-й группы было кратко отмечено, что психогенные галлюцинации имеют патогенетическое сходство с галлюцинациями истерической природы. Сходство это состоит в возникновении тех и других после психогении и чаще вечером или ночью. Их отличие заключается в том, что при истерических галлюцинаторных эпизодах или галлюцинаторных пароксизмах ведущим признаком оказывается помрачение сознания, отсут-

ствующее при психогенных галлюцинациях, а также четкая ограниченность приступа во времени. Кроме того, при галлюцинаторных пароксизмах, как было показано, не обязательно совпадение содержания галлюцинаций и психогений. Отметим, однако, что при психогенных галлюцинациях указанное совпадение чаще не доходит до степени идентичности, т. е. видится не психогенно-травмирующее событие (например, обстоятельства гибели близкого человека), а галлюцинаторный образ погибшего.

70. Больная В. Р., 43 года.
Диагноз: реактивный психоз.
После неожиданной смерти сына отмечались обморочные состояния. Часто, только ночью после 12 часов, лежа в постели, внезапно слышала шаги, настораживалась, вглядываясь в темноту, видела сына, который как живой ходил по комнате, садился за стол. Больная обращалась к нему, но он всегда молчал. Галлюцинации продолжались 5—7 минут, исчезали при включении яркого света, при попытке подойти. Критика в момент галлюцинирования и после исчезновения галлюцинаций сохранена.

Психогенные галлюцинации чаще пароксизмальных истерических характеризуются естественностью, реалистичностью галлюцинаторных образов, ассимиляцией их объективным окружением и запоминанием во всех деталях.

71. Больной У. О., 21 год.
Диагноз: реактивный психоз.
Жена больного погибла 5 месяцев назад, бросившись с 12-го этажа. Тяжело переживает случившееся, винит себя. Через месяц после гибели жены появились зрительные галлюцинации, «посещавшие» больного за четыре месяца 5—6 раз. Галлюцинаторные образы всегда однотипны. Первый раз вечером, читая при свете настольной лампы, внезапно увидел сидящую на стуле жену. Она располагалась в привычной для нее позе «нога на ногу». Галлюцинаторный образ был абсолютно реалистичен. Больной с самого начала понял, что ему «кажется», проявил скорее любопытство, чем страх. Достаточно четко услышал, как жена сказала: «Привет». Сохранялся образ около 2 минут. Дважды видел тот же галлюцинаторный образ и в той же позе, но только в темноте, проснувшись ночью. Образ жены был вполне естественным, реалистичным, таким, каким мог видеться в темноте. При «ночных галлюцинациях» между больным и галлюцинаторным образом возникал диалог: Она — «почему не спишь?». Он — «а какое твое дело?». Она — «раз ты так, я ухожу». Он — «ну и иди». Голос слышал реалистично. Сам говорил как обычно. В течение всего диалога сознавал его нелепость, критически оценивал. Утром все сохранилось в памяти, решил посоветоваться с врачом.

В заключение отметим, что в клинике галлюцинаторных переживаний, природа которых связана с расстройством сознания, периодом засыпания, психогениями или истерическими реакциями, нередко одновременно наблюдаются особенности, типичные для галлюцинаций разных видов. При этом у одного и того же больного генез галлюцинаций может быть связан с истерическими чертами характера, наличием психогенно-травмирующей ситуации и периодом засыпания. В приводимом ниже наблюдении показано такое сочетание различных компонентов ге-

неза при галлюцинациях, которые «видятся» в объективном пространстве, но вне связи с окружающими предметами и при полной сохранности сознания, ориентировки, критики в период галлюцинирования.

72. Больная В. Б., 48 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз с психопатизацией по истерическому типу.

Живет одна. Сын находится в тюрьме. Считает, что он осужден ошибочно.

В статусе: склонна к эксплозивным реакциям, безудержному, непроизвольному плачу. Постоянно испытывает чувство комка в пищеводе, тревожна. Память существенно ослаблена, устный счет ведет с ошибками. Изредка, всегда поздно вечером, перед больной возникает образ сына с измученным лицом и в арестантской одежде. Галлюцинация нечеткая, статичная, безмолвная. Видится на расстоянии 1—1,5 метров от взора. Обычно вызывает живую эмоциональную реакцию, хотя критика остается сохранной.

Бывают повторяющиеся, по типу «клише», сновидения кошмарного содержания: незнакомый страшный мужчина протягивает к больной руки, наваливается, пытается душить ее или душит при ней сына. Сознает, что все это ей снится, понимает, где находится.

Эпилептические «галлюцинаторные сумерки», или эпилептические галлюцинаторные пароксизмы, отличаются более глубоким, чем истерические, расстройством сознания. Однако глубина такого расстройства варьирует в значительных пределах, начиная от полностью амнезируемых галлюцинаторных переживаний, о которых можно судить только по поведению больного, и кончая галлюцинациями, о которых больной сохраняет почти полное воспоминание. Эпилептические пароксизмы обычно короче истерических, нередко они бывают мгновенными.

К. А. Скворцов (1931) наблюдал у больного эпилепсией видение зеркального двойника, продолжавшееся «краткий миг».

Галлюцинаторные образы при эпилептических, так же как при истерических сумеречных состояниях, преимущественно зрительные, иногда тактильные, имеют внешнюю проекцию, могут ассимилироваться объективным окружением или быть независимыми от него, могут иметь реалистичное или неестественное содержание, нередко сопровождаются аффектом страха, ужаса. 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 галлюцинаторный сюжет бывает чаще теологического или демономанического содержания.

От «пароксизмальных галлюцинаций» легко отличить галлюцинаторные приступы, возникающие у больных шизофренией. Эти приступы всегда более продолжительны по времени, не имеют критического начала и окончания. Они чаще содержат слуховые и зрительные или только слуховые галлюцинации. Галлюцинаторные феномены при них менее реалистичны и со-

провождаются меньшей критичностью или некритичностью больного (после галлюцинирования).

*Иллюзии и галлюцинации онирического, делириозного, онейроидного синдромов**. Психопатологическая квалификация синдромов помраченного сознания (онирического, делириозного, онейроидного) 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.

Отсутствие у многочисленных авторов** одинакового подхода не только к психопатологической квалификации, но даже к единому терминологическому обозначению тех или иных синдромов усложняет проблему.

Большой, но далеко не полный перечень советских и зарубежных исследователей, занимавшихся дифференциацией изучаемых синдромов, приведен нами для того, чтобы показать сложность и запутанность проблемы. Характерным для всех исследователей можно считать то, что каждый из них признает наиболее правильным его собственное клиническое понимание и определение этих синдромов.

Прежде всего не все согласны с объединением в одну группу онирического, делириозного и онейроидного симптомокомплексов. Нет также согласия по поводу оценки одних синдромов в качестве экзогенных, а других — эндогенных.

Первоначальные определения сущности наиболее сходных по написанию в любой транскрипции терминов «ониризм» и «онейроид» претерпевали в течение последних 75 лет многочисленные изменения. То же самое можно сказать и об отнесении 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, де-

---

* Подчеркнем, что мы не ставим перед собой задачу всестороннего описания синдромов помраченного сознания. В предлагаемом разделе рассматриваются лишь иллюзии и галлюцинации, входящие в их структуру. Проявления, развитие других симптомов и синдромов в целом анализируются постольку, поскольку это необходимо для характеристики иллюзий и галлюцинаций.

** Г. Б. Абрамович, 1940, 1958; А. К. Ануфриев, 1969; В. П. Богаченко, 1964; В. А. Гиляровский, 1949; А. Г. Гофман, 1968; М. Г. Гулямов, 1968; Ф. Ф. Детенгоф, 1960; Т. А. Дружинина, 1956; О. В. Кербиков, 1935; Ц. П. Короленко, 1962; С. С. Корсаков, 1950; К. Ф. Канарейкин, А. С. Кронфельд, 1940; Б. Д. Лысков, 1966; А. Н. Молохов, 1936; А. А. Недува, 1973; Н. И. Озерецкий, 1944; Т. Ф. Пападопулос, 1966; Е. А. Попов, 1934; А. А. Портнов, 1974; И. Г. Равкин, 1936; Л. Л. Рохлин, 1971; А. В. Снежневский, 1970; И. В. Стрельчук, 1970; В. Н. Фаворина, 1956; В. И. Финкельштейн, 1935; Н. Г. Шумский, 1958; А. Л. Эпштейн, 1935; К. Бонгеффер, 1917; К. Леонгард, 1972; А. Барюк, 1959; Л. Медуна, 1950; В. Майер-Гросс, 1924; Е. Режи, 1901; С. Т. Стоянов, 1970—1977; А. Эй, 1967, К. Ясперс, 1923, и др.

лириозный, онейроидный) или смешанном виде (делириозно-онейроидный, делириозно-онирический), 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 по поводу отдельных ее аспектов с другими авторами. Наша цель — попытаться уточнить критерии психопатологической дифференциации названных синдромов.

Известную помощь при проведении дифференциации может оказать определение основных (общих и частных) критериев клинической оценки некоторых симптомов — иллюзий, галлюцинаций, бреда, характеризующих онирический, делириозный, онейроидный синдромы.

В качестве исходных условий принимается:

во-первых, что все рассматриваемые синдромы объединяются особым характером помрачения сознания, имеющим сходство с состояниями нормального и расстроенного физиологического сна;

во-вторых, 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 состояния помраченного сознания) 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.

Клиническая характеристика всех перечисленных синдромов в виде сравнительного дифференциального анализа приводится на основании собственных наблюдений (81 случай) и некоторых литературных сведений. В этой характеристике клиника каждого синдрома (главным образом в кульминационном периоде его развития) излагается по последовательному уменьшению значимости оценивающих ее критериев — от общих к частным и затем — к вспомогательным признакам.

Онирический синдром — ониризм, или «бред сновидений» (Е. Режи, 1901, 1906), характеризуется началом с общей вялости, сонливости, затем помрачением сознания (сновидным), менее глубоким, чем при делирии и особенно онейроиде, склонностью к пробуждаемости с нарушением дифференцировки между сновидениями и реально происходящим вокруг. В период онирических переживаний ориентировка нарушена. 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

обусловлено 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. При прекращении сновидных переживаний («пробуждении») критика восстанавливается или имеются критические сомнения, иногда критика частично нарушена.

Связь онирических галлюцинаций с фазой сна, сновидениями, пробуждением сближает их с галлюцинациями просоночного состояния. Отличаются они лишь несколько большей длительностью и сценичностью. 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. Оставаясь неподвижным или жестикулируя, больной чувствует себя участником сновидных переживаний. При этом так же, как в сновидениях, он участвует в онирическом сюжете, действиях в качестве первого лица, реже видит себя со стороны.

В. Х. Кандинский (1952), описавший ониризм до Е. Режи, отметил, что для онирических галлюцинаций характерна сценоподобность, фантастичность с участием больного в фантастических «видениях».

Напряжение внимания больного, активное или пассивное его отвлечение ослабляют галлюцинаторные переживания.

73. Больная Л. М., 18 лет.

Диагноз: органическое заболевание головного мозга (ревмоваскулит).

В анамнезе: ревматический полиартрит. Психически больна несколько месяцев. Заболеванию предшествовали длительное переутомление и нервное напряжение, связанные с окончанием школы и поступлением в институт.

В статусе: доступна, синтонна, очень впечатлительна, выявляются истерические черты характера, а также быстрая утомляемость и истощаемость. Интеллектуально сохранна, лишь несколько ослаблены внимание и память. Мышление конкретное, последовательное. Эпизодически, чаще перед сном или утром после сна, обычно при недосыпании, возникает один и тот же образ умершего соседа, который говорит с больной, прикасается к ней. Образ реалистичный, четкий, динамичный. Себя и соседа видит не в комнате, а идущими по улице, едущими в машине, летящими в самолете. Тема «видений» всегда одна — встреча с соседом, а сюжет (место встречи и сценическая композиция) разный. На протяжении всего сценического «видения» чувствует себя в движении. Переживания не вызывают отрицательных эмоций, а скорее приятны. Очнувшись, понимает, что ей казалось. Не всегда может разобраться, «казалось» ей это наяву в состоянии бодрствования или в сновидениях. В момент сновидных переживаний не отвечает на вопросы, как бы впадает в забытье.

Галлюцинаторные образы при ониризме, подобно видениям во сне, могут быть навязчивыми. Локализуются они в субъек-

тивном галлюцинаторном пространстве (с экстрапроекцией в это пространство), чаще при закрытых глазах, реже с параллельной фиксацией реальных предметов, но без установления их взаимоотношений с галлюцинацией. Галлюцинаторное пространство при этом 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.

74. Больная Л. И., 63 года.

Диагноз: церебральный атеросклероз.

В статусе: правильно называет год, месяц, день недели, чисел не помнит. В месте и окружающей обстановке ориентируется. Несколько многоречива. На вопросы отвечает по существу. Память и формальные способности резко ослаблены. Фон настроения понижен. Часто ощущает ползание по голове какого-то насекомого, которое нередко переползает на тело. Пытается его поймать, но никак не может. Временами слышит оклики по имени, мяуканье котенка из подвала, шелест пробегающей мыши, шуршание бумаги, стук в дверь. К слуховым обманам относится критически, но все же нередко проверяет, нет ли для них действительных оснований. Не всегда может отличить сновидения от яви. Так, утром, проснувшись в палате, внезапно услышала громкий гул. Увидела, что находится в собственном доме, в котором с грохотом обваливается печка. Увидела покойную мать, которая сказала: «Дочка, сотвори иисусову молитву». Все видения были четкими, реалистичными, только изба была без потолка. «Очень испугалась, очнулась и увидела себя в палате на своей кровати». Встала на колени и начала молиться. Еще несколько минут находилась в каком-то оцепенении, не отвечала на вопросы. Затем полностью «пришла в себя». Сообщила, что когда молилась, слышала обращенный к ней вопрос медсестры, но «язык отнялся, ничего сказать не могла». Затрудняется в оценке происшедшего, не может разобраться — было все наяву или во сне.

Галлюцинациям и бреду при онирическом синдроме всегда предшествует помрачение сознания, иногда с иллюзорным восприятием элементов объективного окружения. Бывают парейдолические иллюзии. При этом бред сопутствует и сюжетно связан больше со сновидными переживаниями, чем с иллюзиями, изредка возникающими в периоды частично прояснившегося сознания. Иначе говоря, интенсивность бреда прямо пропорциональна степени помрачения сознания (до определенного предела, при котором затрудняется психопатологическое творчество).

Онирические галлюцинации динамичны, лабильны, сюжет их изменчив. При открывании глаз иногда бывают иллюзии ложного узнавания.

Часто встречающиеся при онирических состояниях галлюцинаторные переживания полета, витания в воздухе, а также «желания 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.

75. Больной З. Г., 18 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга (остаточные явления параинфекционного энцефалита).

В анамнезе: тяжелый грипп с очень высокой температурой, в последующем — длительные головные боли, а затем периодические приступы слабости, адинамии, потливости, тахикардии, заканчивающиеся полиурией.

Основное в клинической картине заболевания — эпизодические, пароксизмально возникающие (всегда в момент пробуждения) состояния, которые следует квалифицировать как гипнопомпический онирический синдром. По словам больного, в момент пробуждения (при переходе сна от глубокого к поверхностному) у него внезапно меняется состояние. Появляется нарастающий гул в голове, затем слышится множество неразборчивых «голосов», не имеющих отношения к больному. Над ним звучит «неземной голос», который, судя по интонации, ругает и стыдит больного, но содержание его высказываний также неразборчиво. На высоте галлюцинаторных переживаний больной ощущает, что он приподнимается над кроватью и летит из комнаты в комнату. Во время полета видит родственников, сидящих в застывших позах на своих кроватях, хотя в действительности они в это время спят или отсутствуют. Больной утверждает, что при полете у него открыты глаза и что все это состояние, называемое им «мистерией», продолжается 1—1,5 минуты. Состояние полета прекращается внезапно: он ощущает сильный толчок в голову и обнаруживает, что лежит на кровати с открытыми глазами, мокрый от пота. Описываемые переживания протекают абсолютно однотипно. Они одинаковы по содержанию, всегда начинаются внезапно и так же внезапно заканчиваются.

Впервые такие сновидные переживания появились в 15 лет, а затем (за 3 года) повторились 4 или 5 раз. В последнее время больной научился предотвращать развитие «мистерий»: почувствовав гул в голове во время пробуждения и услышав «голоса», он делает над собой усилие и просыпается полностью.

К онирическим переживаниям вполне критичен. Отмечает, что уже ряд лет испытывает чувство пережитого в двух вариантах. В первом из них у больного днем внезапно на несколько мгновений возникает чувство, что реальные действия, все происходящее вокруг когда-то в его жизни встречалось. Во втором — внезапно кажется, что окружающие больного люди, животные вдруг «замирают, как на фотографии», и возникает ощущение, что так уже когда-то было.

Своеобразные, с богатым сценическим сюжетом переживания онирического характера отмечены у больного, перенесшего отравление фосфоро-органическими инсектицидами (ФОИ)*.

76. Больной Т. Т., 35 лет.

Диагноз: интоксикационный психоз.

Перенес случайное отравление ФОИ. В комплексе лечения использовались большие дозы атропина.

На пятый день после отравления, когда соматическое состояние стало улучшаться, вечером возникло сновидное помрачение сознания: внезапно понял, что находится в космической ракете, почувствовал взлет. Внутри ракеты был телевизор, на экране которого смутно видел города, леса, мелькав-

---

* Все больные, у которых сновидное или сноподобное помрачение сознания возникло после отравления ФОИ, обследованы нами в Московском НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского совместно с сотрудниками отдела острых психосоматических расстройств (заведующий Е. А. Чуркин, ст. научный сотрудник Е. Д. Садовникова).

шие под ракетой. В телевизоре, так же смутно, виделись фигуры и лица жены, дочери, сына. Они были динамичны, что-то делали, но к нему это отношения не имело. Вдруг услышал страшный треск, увидел яркий огонь красного цвета. Понял, что произошло какое-то столкновение. Ощутил падение ракеты. Ракета на несколько метров врезалась в землю. Ее стали оттуда вытаскивать. Чувствовал себя плохо. Держался правой рукой за трос, а трос висел на волоске. Знал, что если оборвется, сердце его все-таки выдержит. Увидел перед собой в воздухе четыре своих сердца. Понял, что теперь точно выдержит, так как есть запасные сердца. Потом его вытащили. Было интересно и весело. Пел песню «сердца четырех». Страха не было. Днем, находясь в рентгеновском кабинете, был растерян, не мог понять, где его руки, искал их.

Галлюцинаторные образы онирического состояния по характеру их телесности почти не отличаются от видений во сне.

Развитие онирического синдрома, степень помрачения сознания, интенсивность галлюцинаций находятся в прямой зависимости от экзогенных раздражителей и соматогении. Этот синдром может входить в развитие как острого, так и хронического экзогенно-органического психоза. При этом элементы онирического синдрома, характеризующие его критерии и признаки, соответствуют приведенному выше описанию. Несколько отлично онирический симптомокомплекс проявляется при эпилепсии. В этом случае обнаруживается бо́льшая спаянность с общей клинической картиной заболевания. В онирических переживаниях нашей больной эпилепсией (набл. 77), кроме того, отмечается в атипичном виде одно из свойств онейроидного синдрома — ощущение двойного существования (на земле и в небе).

77. Больная Н. Н., 50 лет.

Диагноз: эпилептическая болезнь, эпилептический психоз.

Из анамнеза: с 19 лет страдает эпилепсией с судорожными припадками. В клинической картине наряду с общительностью, контактностью, доступностью (насколько позволяет выраженное слабоумие), на первый план выступает нелепый отрывочный бред «двойного существования». Больная одновременно находится на земле (дома, в диспансере, на улице) и в космосе. Собственно, в космосе находится ее «ангел», имеющий полное внешнее с ней сходство. Больную используют с научной целью, «держат под атомом» и поэтому посылают в космос. При детальном опросе выясняется, что бред больной имеет подчиненный характер, так как она рассказывает о виденюм в сновидениях и наяву, но при измененном сознании. Временами видит себя в космосе, где встречается с различными, давно умершими людьми, которые разговаривают с ней. Их голоса она слышит в ушах и как будто со стороны. Онирические переживания, по-видимому, возникают очень часто. Больной они доставляют удовольствие. Сюжет онирических галлюцинаций обычно конкретен и приводит больную к конкретным выводам, например, о необходимости увеличить ей пенсию, улучшить условия ее жизни, изменить способ кормления скота и т. п. К переживаниям не критична, дементна.

*Делириозный синдром, делирий**, характеризуется более значительной, чем при ониризме, глубиной помрачения сознания. Природа делириозного синдрома (интоксикации, инфекции)

* Стадии делириозного синдрома впервые описаны К. Либермайстером в 1866 г.

в несколько большей степени сказывается на динамике его возникновения и развития, чем на клинике иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Однако сюжет галлюцинаторной композиции бывает различным (например, более устрашающим при алкогольном делирии), различны также характер и степень эмоциональной реакции на сюжет галлюцинаций.

Поскольку нас интересуют главным образом галлюцинаторные и иллюзорные симптомы, в качестве модели делириозного симптомокомплекса мы принимаем алкогольный делирий. Для него характерно дрожание (тремор), которое возникает до и сохраняется вне расстройства сознания, а также выраженные вегетативные нарушения. Сноподобные переживания перемежаются с состояниями относительного бодрствования, оглушенностью. Достаточно типичен симптом пробуждаемости.

При некоторых формах делирия возможно полное нарушение ориентировки и потеря сознания. Глубина его расстройства нередко связана с тяжестью соматического состояния. Развитие синдрома, степень помрачения сознания, нарастающая вечером и ночью, и интенсивность галлюцинаций находятся в прямой зависимости от соматогении и экзогенных раздражителей. Ориентировка в пространстве, месте, времени часто ложная, зависимая от бреда. Личность больного «аутоидентифицирована» (А. А. Портнов, 1967), то есть ориентировка в собственной личности не нарушена — самосознание сохранено. При прояснении сознания восстанавливаются воспоминания о большинстве галлюцинаторно-бредовых переживаний, хотя некоторые из них, относящиеся к периоду наиболее тяжелого психосоматического состояния, амнезируются.

Основное направление мыслительного процесса не изменено, инкогеренции, распада мышления нет. После выхода из психотического состояния бывает замедление и малая продуктивность мышления, но оно всегда последовательное, связное. Возможно своеобразное алкогольное резонерство, алкогольный юмор. Вне делириозных переживаний обычно выявляется снижение интеллекта органического типа, иногда сосудистого характера, чаще алкогольная деградация.

Критика к делириозным переживаниям, отсутствующая на их высоте, частично восстанавливается при пробуждениях и в периоды прояснения сознания(обычно днем, утром), с которыми перемежается делириозная симптоматика. По мере выздоровления и связанного с ним исчезновения делириозных симптомов нарастает степень критичности, всегда зависящая от степени снижения интеллекта. В случаях, при которых после прояснения сознания пролонгируется синдром алкогольного галлюциноза, восстановление критики задерживается. Иногда больной остается некритичным и после прекращения галлюциноза.

В картине психоза превалируют зрительные галлюцинации. В меньшей степени представлены тактильные и слуховые, в

частности, вербальные обманы. Однако зрительные галлюцинации, совпадающие с наибольшей степенью помрачения сознания, могут частично или полностью амнезироваться и иногда констатируются 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 громко 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 взаимозависимы и взаимосвязаны. Реже отношение больного к галлюцинациям созерцательное.

Наряду с галлюцинациями часто наблюдаются иллюзии, особенно зрительные. Характерным свойством этих иллюзий (в отличие от аффективных — 4-я группа и бредовых — 10-я группа) можно считать то, что они нередко выходят за пределы искажаемого объективного образа, придают ему отсутствующую в действительности подвижность — перемещение в воспринимаемом пространстве.

Иллюзии, галлюцинации и бредовые переживания при делириозном помрачении сознания настолько типичны, что их удается квалифицировать не только при безусловном экзогенном психозе, но также при шизофрении, осложненной алкоголизмом, отграничив делириозную симптоматику алкогольного генеза от шизофренической.

78. Больной Т. Г., 38 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма. Алкогольный делирий.

Болен с 20 лет. Заболевание началось с расстройства сна. Отказывался от еды, ему казалось, что пища отравлена, высказывал идеи преследования и особого значения.

С 24 лет периодически алкоголизируется. Говорит, что становится скучно, появляется тоска, желание выпить. В период похмелья неоднократно возникали кратковременные психотические состояния, по поводу которых стационировался 16 раз. Перед последним поступлением 2 дня пил. В состоянии похмелья появилась тревога. Вечером внезапно увидел, что маленькая кукла-матрешка, стоявшая на телевизоре, начала плясать. Плясала она не на одном месте, а по кругу — по краям телевизора. При этом размахивала руками, кивала головой. Видел это четко, удивился, «нутром понимая, что этого быть не может». Включил свет, подошел ближе, убедился, что кукла стоит, как обычно, на телевизоре. Выключил свет и лег на кушетку. При взгляде на телевизор вновь увидел, что кукла пляшет, опять включил свет— кукла стояла на месте. Так повторялось несколько раз. Утром пошел в лес по грибы. По дороге виделись сидевшие под деревьями по одному или по двое люди, подходя ближе, убеждался, что это пень или куст. Слуховых обманов тогда не было. Вечером вновь возникла тревога. С целью уснуть съел горсть циклодола и запил вином. Проснувшись, услышал, что в квартире этажом выше сговариваются его арестовать. Понял, что организована «груп-

па захвата». Из репродуктора услышал переговоры членов этой группы. Говорили о нем, ругали, сговаривались, как захватить. Считал, что в комнате установлена подслушивающая аппаратура и что за ним все время следят. На следующий день чувствовал себя плохо. Взглянув в окно, увидел циркачей: мужчину и женщину, которые ездили на одноколесном велосипеде. Вечером вновь услышал угрожающие голоса. Повторил прием циклодола с вином. Немного поспал. Проснувшись, вновь услышал голоса. На этот раз вторая «группа захвата» сговаривалась его убить. Обсуждали детали. Решил «живым не даваться» и порезал себе горло бритвой. Была значительная кровопотеря, но жизненно важные органы не повреждены. В хирургическом отделении продолжал слышать враждебные сговаривающиеся голоса, был страх. Через сутки все прошло.

В статусе: спокоен, вполне критичен, понимает, что был болен «от водки». Имеются симптомы шизофренического дефекта в виде эмоционально-волевой вялости, временами появляющегося ощущения пустоты в голове, склонности к бесплодному мудрствованию.

Галлюцинации при делириозном помрачении сознания, как правило, локализуются в воспринимаемом пространстве (в экстрапроекции), среди реально существующих предметов и ассимилируются объективным окружением.

При аментивно-делириозном и особенно делириозно-онирическом синдромах экстрапроекция галлюцинаторных образов сохраняется, но воспринимаемое пространство заменяется галлюцинаторным. Такую же характеристику имеет пространство при предшествующих иногда делириозным галлюцинациям ярких, сценических, панорамических, нередко устрашающих сновидениях, продолжающихся после частичного пробуждения.

В отдельных случаях делирия возможна интрапроекция галлюцинаций, возникающих, развивающихся на высоте помрачения сознания и зависящих от него — псевдогаллюциноз (см. ниже).

Галлюцинаторные образы обычно возникают без чувства сделанности, могут быть реалистичными и нереалистичными (неестественными) по внешнему оформлению, например, дисморфопсическими, микро- и макропсическими, нередко зоопсическими. Чем больше степень делириозного помрачения сознания, тем более неестественными, нелепыми, причудливыми, фантастичными бывают галлюцинаторные образы и действия и тем больше больной верит в их реальность.

79. Больной Т. Т., 34 года.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза с эписиндромом. Алкогольный делирий.

В прошлом неоднократно переносил черепно-мозговые травмы, тяжелый грипп, алкоголизацию.

Год назад — большой развернутый судорожный припадок. В просоночном состоянии совершал нелепые действия: однажды побежал на кладбище, очнулся в свежевыкопанной могиле. В другой раз разжег костер в комнате, затем очнулся в милиции; ничего не помнил.

После длительного и массивного злоупотребления алкоголем «простудился и заболел воспалением легких». Через несколько дней вечером увидел множество двигающихся на него мышей. Они подбегали и прыгали на кровать. Пытался стряхнуть их. Потом одна из самых маленьких мы-

шей, на вид очень замерзшая, подбежала к больному и человеческим писклявым голосом попросила погреться. При попытке поймать ее — отскакивала. На следующий вечер увидел трех своих товарищей, подошедших к окну дома. Один из них сказал: «Наших бьют, Тимоха, иди помоги». Затем вновь увидел мышей. Считал, что они пробрались в его голову и там играют в хоккей. Он чувствовал, как бегающие мыши ударялись о его черепную коробку, но не видел и не слышал их.

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. Имеется субъективная отчужденность галлюцинаторных образов, т. е. они воспринимаются в качестве существующих конкретно, самостоятельно, с противопоставлением им личности больного. «Объективизация» галлюцинаций, так же как возникший на их основе бред, в случаях значительного органического снижения интеллекта сохраняется некоторое время после выхода 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, устрашающие больного, угрожающие ему, образующие в отдельных случаях сложную сценическую композицию. Композиция эта может включать зрительные, тактильные, обонятельные, вкусовые, вербальные галлюцинации и бред преследования.

Бред возникает одновременно с галлюцинациями или после них, всегда зависим от них сюжетно и так же, как они, лабилен. Лабильность эта касается лишь внешнего оформления галлюцинаций и композиционного построения, а тематика (преследование) остается стойкой.

Можно подчеркнуть сценичность делириозных галлюцинаций (К. Ясперс, 1929), не лишенных обычно и драматичности. Переживая происходящее в галлюцинаторной композиции, больной мимикой, жестикуляцией, речью нередко соучаствует с действиями галлюцинаторных образов. Он спорит с «голосами», убегает, прячется или догоняет мнимых преследователей, нападает на них.

Особенности и характер галлюцинаторных сценических переживаний достаточно хорошо показаны в описании самонаблюдения, сделанного больным, перенесшим делирий с онирическими включениями. При анализе этого самонаблюдения следует иметь в виду, что некоторые детали делириозных переживаний больной амнезировал.

80. Больной Г. А., 30 лет.
Диагноз: алкогольный психоз (алкогольный делирий).

Из делириозного состояния вышел 26 дней назад. В настоящее время чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет.

В статусе: доступен, синтонен, очень незначительно ослаблена память на текущие события. Мышление связное, последовательное, интеллект сохранен. С интересом и любопытством относится к перенесенным переживаниям. Охотно согласился их описать. Приводим это описание со значительными сокращениями:

«По-видимому, все началось с отлета из тайги. Вечером опять выпили. В Москве настроение было подавленное, вино одурманивало, расслабляло. Я решил, что пора кончать. На второй день все началось. Зазвучал голос, он рассказывал очень быстро, четко о расследовании дела по убийству лося. Рассказ этот перешел в другой — о строительстве домов из шлака на Сахалине. Затем в третий — о художнике Чюрлёнисе. На стене появился фильм в черно-белом изображении. Какой-то детектив с погоней, стрельбой и прочими атрибутами. «Голос» предложил мне золото за подпись под контрактом, по которому я должен был стать наемником. Меня соблазняли деньгами, вином, женщинами. Я отказывался. Мне льстили, но не грозили.

Всю ночь во дворе выла голубая машина с какой-то штукой вроде стрелы и бегали собаки. Одна лаяла тонким голосом: «Надо работать, надо работать», а вторая ей в ответ: «Не надо». Кто-то под окном сказал: «Обратная связь». Я нажал на глаза и увидел какую-то женщину внизу у подъезда, которая делала мне знаки. Я понял, что надо встать и выйти на улицу, чтобы показаться им. Кое-как оделся и вышел на улицу — никого не было, но зазвучал приказ погулять. Я нажал на глаза, чтобы увидеть того, с кем разговариваю, но он быстро перевел кадр на прохожих и сказал, что бесполезно. Я поехал до станции метро «Сокол» и вернулся домой.

Утром приехал друг, мы выпили и весь день прошел спокойно. Ночью опять появились голоса. Они кричали: «Вот идет Казазуля, он убил свою бабушку». Я быстро стал переодеваться, чтобы выбежать на улицу. Внезапно от телевизора стали исходить звуки, переходящие в слова. Шел процесс надо мной и еще одним. Судья выяснял, кто истинный Толя. Приглашенный мною сосед ничего в телевизоре не услышал, сказал, что он выключен. Я быстро схватил деньги, документы и остановился в раздумье, ехать к матери или еще к кому-то, кто определил бы, что я — это я. Бегу за троллейбусом, хватаюсь за ступеньки и падаю. Со стороны слышу голоса: «Ну здоров! Геолог! Откуда у него столько сил!» Иду в сторону Ленинградского проспекта в сопровождении голосов мамы и бабушки, которые летят где-то сзади и предупреждают меня о неровностях дороги.

Остановился в оцепенении: там, где было метро «Динамо», стоит какое-то светлое здание, все стеклянное, а внутри гимнасты парят. Стоят статуи и грудными голосами восхваляют царька Толичку и приглашают посмотреть 25 серий. Роботы работают, сами по себе движутся облицовочные плиты, сами себя закрепляют, в общем ночная рабочая суета. Иду дальше; впереди вижу старое здание метро. Захожу — обшарпано, те же турникеты, та же тетка в красной фуражке. «Опускай, — кричит, — пятак». Опускаю, прохожу. Еду вниз. Сажусь в поезд. Узнают. Одни ругают Толичку (не меня), другие защищают. Вдруг в вагон врываются столбы цемента. Пылища, а люди сидят, привыкли. «Что это?» — спрашиваю. «А вот ты выйди и разберись». Я выбежал из метро, побежал по какой-то улице и увидел свой дом, поднялся. Сунул ключ в скважину, но ключ не подходил. За дверью женский голос спросил: «Кто там?» — «Откройте!» «Кто там?» «Открывайте!» «Не открою!» Я надавил на дверь, она поддалась, отшвырнул какую-то женщину и вошел в комнату. Шум, слезы. «Тихо! Как же это вы посмели занять мою квартиру? Один день отсутствовал — и пожалуйста». Женщина побежала к соседям. Две девушки, видимо дочери, испуганно смотрели на меня. Я по-хозяйски прошелся по комнате. Это мой диван красного цвета и стол мой, и тумбочка моя, шкаф заменили, а где телевизор? У меня не было такого. Комната постепенно стала заполняться соседями, были мужчины, от одного из них пахло водкой, он был длинный и нерешительный. Я по-хозяйски устало сел на диван. И стал спрашивать, как же они дошли до такой жизни.

Не годится пользоваться чужими квартирами и мебелью. Вошли милиционеры и попросили документы. Я дал им паспорт. «Что ж ты безобразничаешь в чужой квартире?» — «Это моя квартира и половина мебели моя».

В отделении милиционеры переговаривались между собой, разглядывали мой паспорт и как-то подозрительно смотрели на меня. Всю ночь просидел на скамейке в дежурке. Если пытался подняться, на меня кричал сержант. Заснуть никак не мог. То, что я говорил милиционерам, повторял слово в слово девчоночий какой-то голосок. Она все повторяла: «фикстула, фикстула, ах фикстула!» — и так много раз. Из динамика все время доносилось клацание и голосок: «Толичик, Толичик, Толенька, Толик».

Вскоре к окошку стали подъезжать машины и под клацание (словно пишущих машинок) объявлялось, кто приехал, и звали меня. Эти приглашения звучали бесконечно, машина приезжала за машиной и все это под «Толичик, Толенька...» Я несколько раз пытался подняться, но милиционер грубо говорил: «Сиди». В помещение милиции никто не заходил, боялись. В лучшем случае кричали из-за стены, противоположной окну. В общем, у стены началась возня; стена была фанерной, и ее стали разрезать. То пропиливали, то вырезали дырку, то двигали. Возилась эта самая девочка и еще кто-то с ней. У них сломался штык, которым они пропиливали стену. Мужской голос вдруг сказал: «Не балуй с автоматом». И началась игра с автоматом, девочка никак не могла выбрать мишень, т. е. взять на мушку. К ней присоединился еще кто-то, и они мешали друг другу, возились за стеной, и она все время повторяла: «Стреляю, не стреляю, стреляю!» Чаще почему-то на мушку попадал я, и она просила меня отодвинуться. Я стал двигаться и свалился со скамейки, чем вызвал неудовольствие милиционера.

Эта возня «стреляю — не стреляю» продолжалась до тех пор, пока не прибыли трое в штатском. Один был здоровый, толстый, в белом халате. Как-то подозрительно посмотрел на меня и спросил: «Что же ты безобразничаешь?». Они приняли мои документы, пересчитали деньги, затем очень тщательно обыскали. Пошли, один, хиленький, взял меня за руку. Я легко ее скинул. Тогда присоединился здоровый. Вдвоем они вывели меня и подвели к санитарной машине. Я был очень огорчен, что не перестреляли всех и не взяли инициативу в свои руки. Мы поехали и вдруг за машиной: «Отклонитесь». И опять: «Стреляю — не стреляю — стреляю», — а я кланялся то вперед, то назад, чем вызвал возмущение толстяка в белом халате.

Мы подъехали к деревянному дому. Я оказался в небольшом помещении, где восседала женщина в белом. За окном раздался милый девчоночий голосок. Девочка просила дать знать, когда стрелять. Они заняли позиции у двух окон и теперь я весь сосредоточился. На стену позади женщины в белом спроецировались кадры из военного фильма (возможно, «Белая река»), который шел по телевизору. На фоне польских битв трое моих сопровождающих своими ножами резали жертвам косы, уши, скальпы. Я заметил, что из сквозных замков двери торчат стволы. Девочка моя была рядом за окном, и я махнул рукой, чтобы стреляла. Но они не стреляли. Тогда я стал чем-то вроде «качающегося маятника», одновременно разговаривая с женщиной и косясь на дверь. За дверью зашушукались, и я услышал что-то про мой торс и то, что я могу им пригодиться. Я разделся и полез в ванную. За окном раздались возгласы восхищения моим голым телом. В палате ко мне подошла женщина в белом халате со шприцем. Я понял, что все кончено».

Развивается делириозный синдром постепенно, с нарастанием симптоматики вечером или ночью. В начале психоза нередко появляются гипнагогические переживания. Изредка наблюдаются отрицательные аутоскопические галлюцинации — больной не видит себя в зеркале. Отмечается гиперакузия, обычно гипермимия, иногда возбуждение и жестикуляция, напоминающая профессиональную деятельность («профессиональный де-

лирий»). Сценоподобный сюжет галлюцинаторных переживаний в отдельных случаях имеет бытовой, конкретный характер.

Исчезновение симптоматики чаще литическое, волнообразное, реже — критическое (после сна).

По наблюдению А. А. Портнова (1974), для делирия характерны: достаточная аллопсихическая ориентировка; фиксационная и ретроградная амнезия; псевдореминисценции и конфабуляции; лабильные, калейдоскопические галлюцинации с проекцией в объективное пространство при идентификации с воспринимаемыми объектами и при наличии аффективной насыщенности; симптом пробуждаемости.

Наличие иллюзий и галлюцинаций, особенно зрительных, сопровождающихся страхом, тремором и появившихся в состоянии абстиненции, всегда указывает на развитие делирия, но развитие это может быть абортивным. В этих случаях нередко проявление психоза ограничивается однократными галлюцинациями. Так, один наш больной в состоянии абстиненции ночью увидел под столом злую, ощетинившуюся собаку. Другой — боялся зайти в комнату, так как весь пол был покрыт пауками. В том и другом случае самочувствие больных к утру улучшилось и галлюцинаторных переживаний больше не было.

Некоторые психиатры особо выделяют так называемые «дразнящие» или «поддразнивающие» галлюцинации, возникающие при белой горячке. Состоят они в том, что галлюцинаторные образы мелких предметов (бутылка с водкой, рюмка, плетка, револьвер) появляются, например, на столе, когда больной смотрит на него, и исчезают при попытке больного взять этот предмет.

Достаточно характерны для алкогольного делирия так называемые ротоглоточные галлюцинации. По нашим наблюдениям, они возникают преимущественно у больных с выраженными признаками органического поражения мозга. Подобные галлюцинации крайне тягостны для больного, менее зрительных связаны с вечерним и ночным временем суток. Заключаются они в ощущении переполнения ротовой полости, носа, носоглотки нитками, проволокой, паутиной, чем-то «вязким». Больные пытаются вытащить, вытянуть мешающие предметы. Один наш больной подолгу стоял с открытым ртом и «тянул из него», перехватывая двумя руками, «проволоку». Другой — пытался чайной ложкой достать изо рта «разжиженную пластмассу». Изредка такие тактильные обманы бывают при абортивном делирии, в сновидении (не включающем каких-либо признаков ониризма).

81. Больная В. М., 43 года.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В прошлом перенесла две ревматических атаки и тяжелую черепно-мозговую травму. Около 3 лет почти ежедневно пьет красное вино. Говорит, что не более одного стакана.

В связи с плохим самочувствием несколько дней алкоголь не употребляла. Вечером появился страх. С трудом уснула. Утром, проснувшись, уви-

дела входящего в дверь голого волосатого мужчину, который тихо смеялся, смех слышала ясно. Галлюцинация быстро исчезла. В следующую ночь приснился кошмарный сон: «было ощущение, что рот переполнен сломанными лезвиями и булавками. Вынимала их, но ощущение оставалось». Было трудно дышать. Понимала, что нос забит мясом. Бесконечно вытягивала его. В дальнейшем галлюцинации больше не повторялись.

Галлюцинации при делириозных состояниях различного генеза характеризуются принципиально одними и теми же основными (общими и частными) критериями. Некоторые отличия несущественны и касаются только вспомогательных признаков.

С. П. Рончевский (1938, 1941) подчеркивает характерные для делирия любого генеза снижение высших «контролирующих влияний», известную оглушенность и вегетативно-вестибулярные нарушения. Он описывает следующие элементы самонаблюдения в состоянии экспериментального мескалинового делирия (имеющего специфические особенности, но в известной степени типичного):

а) поражены высшие функции «мыслительной активности»;

б) затруднены или невозможны логические процессы;

в) выявляется тенденция к «овеществлению» ассоциаций, то есть переживанию их галлюцинаторным или псевдогаллюцинаторным образом;

г) мышление изменено в сторону преобладания образно-сенестопатических форм переживаний;

д) имеется корковое торможение или, по И. П. Павлову, торможение второй сигнальной системы.

При делирии, связанном с тетраэтилсвинцовым отравлением, преобладают тактильные галлюцинации в ротовой полости; при кокаиновых делириях обычны микропсические галлюцинации; при делирии, вызванном отравлением индийской конопле́й, — дисморфопсические иллюзии и микропсические галлюцинации, а при алкогольном — угрожающие, вызывающие страх.

Близкими по характеру можно считать кратковременные, продолжающиеся 2—3 минуты делириозные переживания эфироманов. Эти переживания включают ощущение полета и нечеткие нарушения сенсорного синтеза.

Комбинация алкогольной интоксикации с отравлением фосфорно-органическими инсектицидами (ФОИ) усиливает остроту и сценическое многообразие делириозных переживаний. Они чаще перемежаются с периодами ониризма. К нередкому при делирии алкогольного генеза окрашиванию галлюцинаторных образов и фона в зеленый цвет присоединяется коричневое окрашивание. Чаще, чем при алкогольном делирии, на высоте помрачения сознания отмечается интрапроекция галлюцинаций. Характер и оформление зрительных обманов во всех случаях отравления ФОИ могут быть связаны с большими дозами атропина, применяющегося в процессе лечения.

82. Больной Л. Б., 43 года.

Диагноз: алкоголизм. Отравление тиофосом.

Алкоголем злоупотребляет с 30 лет. Последний год пьет ежедневно. Около 3 лет высказывает идеи ревности. Поступил в связи с тем, что, поссорившись с женой, выпил около 100 граммов тиофоса. Очень быстро развил-

ся делириозный синдром: появились страх, тревога. Видел жену в окружении распутных мужчин, слышал, как над ним смеялись собутыльники, грозились выслать на 101-й километр, срывался с кровати, пытался бежать; жена показывала ему язык, смеялась над ним; чувствовал, как через голову вели «передачу», закрывал уши, но волны перемещались внутри головы. Голоса внутри головы кричали: «Сейчас, сейчас вытащу из тебя мозги». Помнит давление в голове, потом все расплывалось, мелькало быстро, как в кино. «Потолок, пол, стены вертелись, перемещались, было страшно, до сих пор помнится ужас, который ни с чем не сравнить». Иногда казалось, что слышится голос жены, ее любовников в коридоре. Потом почувствовал себя подвешенным на простынях к потолку палаты. Лампы говорили ему «пи, пи, пи». «Коричнево-зеленый цвет окрасил все кругом. На соседней койке висел больной, подвешенный за ногу. Ему резали ножами глотку и вставляли оркестровые трубы для зычности. Если он дудел тихо, в него загоняли шприцы, и он визжал как резаный».

Сильно болела голова, спазмы сдавливали живот, в глазах что-то двоилось, потом потолок надвинулся на него и он «умер». Пришел в себя наверху, в госпитальном отделении. Все видения исчезли, но он помнит их содержание, хотя, по-видимому, не полностью.

В тех случаях, когда анализ состояния больного позволяет предполагать, что к вечеру или ночью может развиться делирий, а также при выходе больного из делириозного состояния, для уточнения характера психоза и определения его остроты применяются диагностические пробы Липмана, Пуркинье и др., о которых было сказано при описании феноменов 6-й группы.

Онейроидное состояние, онейроид (В. Майер-Гросс, 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 меньшая, чем при ониризме и делирии. Онейроидные галлюцинации также меньше зависят от времени суток и экзогенных вредностей (включая соматогению). Однако наши наблюдения подтверждают, что онейроидный синдром, обычно развивающийся при шизофрении, нередко включает экзогенные компоненты, и это сближает его с другими синдромами сновидного или сноподобного помрачения сознания. Кроме того, экзогенные раздражители (зрительные, слуховые, тактильные и др.) нередко вызывают последующие иллюзии и галлюцинации, трансформируются в них.

Иллюзорные и галлюцинаторные переживания при онейроиде характеризуются сенсорной яркостью, перемежаются друг с другом, входят в общую галлюцинаторную композицию, часто фантастическую, гротескную. В одних случаях онейроидный синдром включает все или почти все характерные признаки, имеет самостоятельное развитие 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, как видно из приводимых ниже наблюдений, наиболее типичен 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 наблюдается 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.

83. Больная З. Р., 46 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

В 43 года и при последнем поступлении наблюдался острый параноид с явлениями психического автоматизма и однотипными бредовыми идеями преследования. Отмечались также идеи греховности и эпизоды сноподобного помрачения сознания.

В психотические периоды казалось, что мужа, сына, дочь и ее «наука переделывает», превращая в людей с той же внешностью, но с «лучшим характером и большей полезностью для общества». В начале приступов отмечалось помрачение сознания. Возникали они только вечером, когда больная находилась в постели, и были кратковременными. Обычно казалось, что ее насильственно, с помощью науки, «переносят из больницы в домашнюю обстановку». Здесь «видела», что происходит на улице, около её дома, в огороде, в комнатах. Причем это была и она, и не она. Во время таких состояний проявляла скорее заинтересованность, чем испуг. «Видения» нравились. Чувствовала себя беспомощной в руках техники. Во время приступа на вопросы не отвечала, спокойно лежала. Мимика иногда отражала внимание, удивление. После выхода из приступа рассказывала о своих переживаниях, пыталась уловить символический смысл происходящего. Предпринимала попытки произвольно, закрыв глаза, перенестись в домашнюю обстановку, но ничего не получалось. При выписке адекватна, достаточно критически, но без эмоциональной реакции оценивает перенесенные психотические переживания. Однако остаются некоторые опасения. Выявляются паралогичность мышления, апатия, безразличие к детям.

Обычно в развитии онейроидного синдрома нет периодов «пробуждения». Различные степени дезориентировки — это стадии развития помрачения сознания, составляющего основу синдрома. Некоторые авторы [А. Барюк 1938; Т. Ф. Пападопулос, 1975] выделяют изредка встречающийся так называемый «ориентированный онейроид». Однако дезориентировку во время приступа онейроидного помрачения сознания следует считать достаточно типичной.

Помимо нарушения ориентировки в месте, нарушается также ориентировка во времени и в собственной личности. Галлюцинаторный образ и личность больного смешиваются, взаимозаменяются в его сознании. Личность больного дезинтегрирована, расщеплена, диссоциирована, нарушены аутоидентификация и самосознание (А. А. Портнов, 1974). По сравнению с делирием, онейроид более драматичен (К. Ясперс, 1929).

84. Больная Д. Г., 28 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Больна с 16 лет. Приступы протекают с депрессивно-параноидным симптомокомплексом, стационировалась 6 раз. Последний приступ впервые начался с гипоманиакальной симптоматики и включал онейроидный эпизод. Больная так рассказывает об этом приступе:

«Во время моего дежурства на телефонной станции произошла авария, я очень волновалась, всю ночь не могла дозвониться главному инженеру. На следующий день по телевидению передавали концерт «С песней по жизни». И мне вдруг показалось, что все песни исполнялись специально для меня, для моей мамы, для моего мужа и для Игоря. Игорь — это парень, которого я любила очень давно, лет 8—9 назад. И вот, когда я слушала песни, мне показалось, что артисты поют о той моей первой безответной любви к Игорю. Да и в самих артистах, мне казалось, я узнаю его, Игоря, мужа Родиона и себя.

В тот день я слушала все передачи по радио и стала их конспектировать. Мне казалось, что все эти передачи — для меня. Например, я думала, что передача «Шахматная школа» идет по радио специально для меня. Я стала воображать себя теперь уже разведчиком, а передача «Шахматная школа» как бы была для меня зашифрованным сообщением из «центра». Итак, сначала я артистка, затем разведчик и, наконец, космонавт.

Весь день я была очень веселой, пела, все делала, чтобы угодить мужу и маме. А поздно ночью со мной произошло что-то необычное: я встала и пошла искать своего Игоря (только теперь мне казалось, что его зовут Саша, а меня—Лена). Мне казалось, что Саша ждет меня где-то рядом, причем представляла его на голубой машине и в форме летчика, и я видела на самом деле эту голубую-голубую машину. Потом вдруг появился красный мотоцикл. Теперь все мое внимание было сосредоточено на этом красном мотоцикле. Он был для меня путеводной звездой (как раньше голубая машина). Я шла за мотоциклом как лунатик, не видя ничего вокруг. Вот, наконец, я вошла на территорию завода. Только теперь мне казалось, что это космодром Байконур. Я видела ракету, на которой, как я думала, я прилетела не то с Луны, не то с Марса. Итак, теперь я лунатик, инопланетянка. Вот я приземлилась, и меня встречает Саша с друзьями. Все они в летной форме. Только Саша был уже не Игорь, а парень с очень светлыми голубыми глазами. Я разговаривала с ними, они мне даже помогли перемахнуть через забор. Потом из разговора с ними я узнала, что они летчики и даже играют в вокально-инструментальном ансамбле.

Затем все вдруг пропало и я оказалась на скамейке недалеко от дома. Светало. Я очень огорчилась. Во время всего, что происходило, мне было очень любопытно, легко, радостно. Я жила какой-то другой интересной, насыщенной жизнью. Вот бы пожить так! Беспокоило только то, что я никак не могла вспомнить, когда ушла из дома, действительно ли где-то ходила и как оказалась на скамейке около дома».

Нарушение самосознания личности можно считать весьма кардинальным симптомом онейроида. Даже в тех случаях, при которых онейроидное помрачение сознания бывает мимолетным или наступает только дереализация, предшествующая на-

чалу онейроида, уже отмечается нарушение аутоидентификации.

85. Больная Д. У., 24 года.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Больна примерно с 15 лет.

В клинической картине: достаточно общительна, склонна к резонерским рассуждениям о собственной болезни, бывает паралогична. Выявляется диссоциация в эмоциональной сфере — больная весьма эмоционально, тепло реагирует на переживания посторонних для нее людей, персонажей кинокартин и литературных произведений, вместе с тем эмоционально вяла или безучастна по отношению к матери и сестре. Бывают шперрунги, которые больная четко квалифицирует как остановку мысли, а не отключение или запамятование; каких-либо состояний, которые можно было бы квалифицировать в качестве эпилептиформных, выявить не удается. Часто ощущает на себе чье-то постороннее влияние. Сообщает, что, вспоминая о каких-либо образах, сценах, кинокадрах, может увидеть их. Эти видения, возникая в экстрапроекции, но в представляемом пространстве (где-то в глазах), феноменологически близки к сновидениям. От последних они отличаются произвольностью, но появляются только вечером или ночью, непосредственно перед сном.

Изредка, в любое время суток, в покое или при движении у больной наступает состояние, когда все происходящее вокруг представляется ей необычным, нереальным, недействительным. Постепенно нарастает дезориентировка в окружающей обстановке и в собственной личности. «Наступает какая-то заторможенность, оцепенение». Больная кажется себе очень сильной. Угадывает свое неземное влияние на движение людей, животных, транспорта. Ощущает, что она — это не она, а кто-то другой, у нее другое имя, иной возраст и положение. Подчеркивает, что в обычных сновидениях она всегда «Таня», всегда сохраняет свое «я», а при описанных выше состояниях теряет это «я». Сознание восстанавливается постепенно. Долго думает о пережитом, убеждена в том, что «все это имеет глубокий смысл...».

В центре галлюцинаторной композиции — обычно личность больного. Он управляет событиями галлюцинаторного представления, влияет на них. Нередко это состояние сочетается с симптомом деперсонализации.

86. Больной Л. В., 54 года.
Диагноз: шизофрения, рекуррентная форма.
Болен, по-видимому, с 30 лет. Впервые стационировался в психиатрическую больницу в 35 лет.

В статусе: охотно беседует с врачом, вполне доступен, старается точно описать свои переживания, отмечаемые во время приступов, критичен к ним. Временами испытывает затруднения при изложении своих мыслей, бывает трудно сосредоточиться из-за параллельных мыслей. Склонен к резонерству. Всегда старается рационально объяснить те или иные из своих переживаний. Приступ обычно начинается с расстройства сна, кошмарных сновидений. Просыпаясь в момент сновидений, не может определить, пригрезилось ему все или было на самом деле. В этот период бывают гипнагогические, гипнопомпические галлюцинации и видения при закрытых глазах. Так, однажды увидел не то во сне, не то при закрытых глазах женщину в белом. Затем, когда открыл глаза, заметил, что женщина в белом сидит на его кровати. Галлюцинаторный образ был четким, казался больному реально существующим и исчез только при попытке прикоснуться к нему. Иногда бывают символические иллюзии, сочетающиеся с бредом. Так, будучи убежден в том, что жена ему изменяет, увидел однажды, что расположенный в центре клумбы цветок желтого цвета на глазах начал неимоверно расти. Понял, что ростом желтого цветка подтверждается измена жены.

Последний приступ начался, как всегда, перед вечером. Появилось чувство нереальности происходящего вокруг и своего «несоответствия формальным паспортным данным». Среди окружающих (соседей, прохожих) стал замечать давних знакомых, родственников, умершего отца, умерших политических деятелей и т. д. Был убежден в том, что не ошибается и соответственно обращался к окружающим, называя их именами предполагаемых людей. Кроме того, дома казались «внезапно вытягивающимися в длину». Изображенные на портретах люди улыбались больному, шевелили губами Вскоре возникли вербальные галлюцинации, характеризующиеся экстрапроекцией: слышались голоса, «гулкие из космоса» и исходящие от окружающих предметов, слышимые внутри носа или горла, но ушами.

По словам больного, его «охватило чувство озарения», повышенного настроения. «Душой владели веселье, радость и счастье». Было ощущение «превосходства над окружающими людьми, способности мысленно руководить всеми, вызывать самолеты, управлять машинами» и т. д. Казался себе сыном Геркулеса, вдвое большим, чем все люди, способным с быстротой ветра перемещаться по планете и всем управлять.

В середине следующего дня полностью пришел в себя. На высоте онейроидного приступа критика была утрачена, сознание — помрачено (хотя в настоящее время больной утверждает, что все «вспоминает и анализирует»). По словам жены, в период обострения не понимал, где находится, ее принимал за кого-то другого, временами стремился куда-то бежать или застывал в однообразной позе (эти детали своего поведения больной не помнит).

Наличие интимной связи галлюцинаций с расстройством мышления при онейроиде выражается в идеаторном и сенсорном автоматизмах, ментизме, псевдогаллюцинациях. Учитывая участие в клинике и развитии онейроидного синдрома элементов психического автоматизма, А. В. Снежневский (1952) считает это состояние сновидным вариантом синдрома Кандинского.

Обращает на себя внимание преобладание острого чувственного бреда в структуре психоза больных, у которых возникают онейроидные состояния.

87. Больная Б. Н., 47 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

В течение всей жизни неуживчива, раздражительна, подозрительна, конфликтна, многократно меняла место работы. Первый психотический приступ отмечен в 20 лет.

В клинической картине: часто слышит порицающие и ругающие ее голоса соседей. Убеждена в их враждебности по отношению к ней и злонамеренности. Замечает слежку за собой по телевидению и радио. Все окружающие незнакомые люди смотрят на нее, узнают ее мысли. Эпизодически возникают состояния, во время которых теряет ориентировку, перестает отвечать на вопросы, чего-то боится, убегает, прячется. Рассказывает, что при подобных состояниях (всегда почти одинаковых и длящихся от нескольких минут до нескольких часов) внезапно перемещается в незнакомое место; думает, что она в «потустороннем мире». Видит себя окруженной толпой соседей. На лицах у них выражение страха, ужаса. Рядом замечает большой стеклянный ящик — гроб с покойником внутри. Исчезает все внезапно. В последующем перенесенное оценивает по-бредовому.

Галлюцинации при онейроиде появляются одновременно с чувственным бредом помраченного сознания или отстают от него по времени. Чаще же это совокупность помрачения сознания, расстройства мышления, бреда и галлюцинаций. Иногда

удается выявить формирование бреда и галлюцинаций на базе психических автоматизмов.

Галлюцинаторные образы сноподобны, нередко призрачны, больше сменяемы, чем динамичны, менее лабильны, чем при онирическом синдроме, хотя стабильными их признать нельзя.

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.

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 в онейроиде, иногда соответствует бредовым переживаниям больного вне онейроида (бывшим до него).

88. Больная Е. П., 24 года.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Однажды, когда больная возвращалась вечером от подруги домой, ей показалось, что впереди идет медведь и кричит человеческим голосом. Испугалась и бросилась бежать. В 12 лет в течение непродолжительного периода была замкнутой, уединялась, беспокоили головные боли. С 18 лет отмечаются приступы удушья, сопровождающиеся чувством, что кто-то сжимает ей горло. Эти приступы всегда психогенно провоцируются. С 23 лет настроение стало изменчивым; считала, что на работе к ней плохо относятся. Начала замечать, что в пищу подкладывают яд. После еды ей всегда становилось плохо: глаза расширялись, мысли исчезали, ощущала пульсацию артерии. Полагала, что ее бывший начальник «тайком приходит и делает уколы». Самого его не видела.

Поехала отдыхать в Пятигорск по санаторной путевке. Казалось, что окружающие «не так на нее смотрят», переговариваются. Не понимала, что с ней происходит, думала, что отравляют. После недельного пребывания на юге, как-то после обеда, почувствовала сильное утомление. Легла спать. Проснувшись вечером, увидела, что дверь в палату открылась, появилась «большая человеческая голова», которая приказала всем выйти из комнаты. Больная не могла подняться; находилась как бы в оцепенении, подумала: «Будь, что будет». Дальше все было как во сне. Слышала приближающиеся шаги и слова «нашли, надо отравить». Подошли два человека из ее охраны. Ощутила себя известным государственным деятелем, «поняла», что она мужчина и фамилия ее Евстратов. Потом все исчезло. Когда пришла в себя, увидела, что все соседки в палате. Чувствовала тяжелое налитое тело, каждое движение причиняло боль. Лицо было скованно. В углу рта заметила что-то белое в виде зубного порошка, поняла, что это яд.

Подробно рассказывает о своих переживаниях, отмечает наплывы мыслей, иногда они бывают навязчивыми, непроизвольно возникают, «звучат внутри головы». Их содержание — это воспоминание прошлого. Настроение

снижено, апатична. К перенесенному в санатории состоянию совершенно не критична. Говорит, что все было похоже на сон, но это ей не снилось.

Недавно появились новые ощущения: иногда внезапно звучащие мысли «убыстряют свой ход». Больная при этом застывает в какой-либо необычной позе. Мысли звучат все громче и громче, содержание их больная описывает так: «Я не П. Л. Еликова, а О. А. Зайцева, мать — это не моя мать; я не дочь своих родителей. Стараюсь доказать себе обратное, но не могу».

Критика при онейроиде в момент галлюцинаторных переживаний полностью отсутствует и может восстанавливаться только при выходе из него или при становлении ремиссии. Эмоциональная реакция больного на галлюцинаторные переживания неадекватна, диссоциирована, и отличается отсутствием живости, яркости, интенсивности.

В отдельных случаях, при большой остроте галлюцинаторно-параноидных переживаний, может возникать адекватное сюжету бреда возбуждение. Чаще возбуждение имеет все признаки кататонического и входит, наряду с другой кататонической симптоматикой и иногда — парейдолическими галлюцинациями, в структуру синдрома. Характер возбуждения больного обычно не соответствует динамике и действиям галлюцинаторных образов. Нередко отмечаются рельефные цветные галлюцинаторные переживания, заимствующие сюжет из восприятия иллюзорно-измененной, искаженной действительности и воспоминаний. Их содержание, часто с элементами символики, выходит за рамки обыденного, имеет гиперболический, космический характер (гибель Вселенной, падение Земли на Солнце, всемирное наводнение).

89. Больная Ш. Г., 38 лет.

Диагноз: шизофрения, рекуррентная форма.

Психическое заболевание началось с того, что внезапно ночью вскочила с постели, увидев летящий к дому со стороны улицы раскаленный металл («лаву»). Решила, что на дом пустили «атом». Кричала: «Спасайтесь!». Чувствовала свою сопричастность к переживаемым событиям, была возбуждена, бегала от дома к дому, разбудила всех соседей, временами внезапно останавливалась и застывала в одной и той же позе. Была дезориентирована, многие вопросы оставляла без ответа. Спрашивала у окружающих, кто она в действительности, почему о ней и о муже говорят по радио. Утром слышала за домом крики петуха, свист. Полагала, что это сигналы из потустороннего мира. Доставленная вскоре в психиатрическое отделение, была в состоянии «оцепенения». К полудню полностью вышла из психотического состояния. Была спокойна, ориентирована, однако критика к пережитому длительное время не восстанавливалась; оставалась пассивной, несколько заторможенной. Выявились склонность к резонерству, паралогичность суждений.

Переживаемые больным при онейроиде чувства изменения местонахождения и перемещения в пространстве могут сопровождаться, как в приводимом ниже наблюдении, ощущением полета, чувствами физического раздвоения, необыкновенной физической силы, отрицательными зрительными галлюцинациями.

90. Больной Р. Г., 26 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма, осложненная интоксикацией.

С суицидальной целью отравился хлорофосом. Через двое суток, лежа в постели, почувствовал, что тело его раздваивается. Голова была, как в тумане. Появилась способность по собственному желанию подниматься в воздух и лететь в любом направлении. Летала только одна половина тела. Стоило подумать о каком-либо месте, и он тут же оказывался в этом месте. После полета всегда ощущал мгновенное возвращение в свою постель и соединение с другой половиной своего тела. Как будто было ощущение крыльев, но об этом больной помнит нечетко. Чувствовал в себе необыкновенную силу. Мог взглядом поднимать предметы, людей и перемещать их с места на место. При этом ощущал физическую усталость, о чем сообщил позднее. Усталость была тем больше, чем больший предмет приходилось поднимать и перемещать взглядом. Смутно припоминает, что все окружающие предметы казались окрашенными в желто-коричневый цвет. Было странное для больного и удивлявшее его явление: если он брал в руки какой-либо предмет (книгу, сигареты), то предмет этот сразу же растворялся и исчезал на глазах.

Состояние помрачения сознания, начавшись после обеда, купировалось только утром. После непродолжительного сна больной с элементами критики рассказывал о своих переживаниях. Считает, что переживания эти были не в сновидении, а в каком-то другом состоянии.

Дифференциальный психопатологический анализ галлюцинаций, возникающих при сновидных и сноподобных помрачениях сознания, облегчается при выборочном сопоставлении некоторых критериев клинической оценки галлюцинаторных феноменов онирического, делириозного, онейроидного синдромов (табл. 3).

Приведенная в таблице дифференциация в качестве условной посылки допускает существование онирического, делириозного и онейроидного синдромов в изолированном, «чистом» виде. Вместе с тем в психиатрической клинике эти синдромы нередко встречаются в форме «смешанных» делириозно-аментивного, делириозно-онирического, делириозно-онейроидного и других симптомокомплексов.

Включение аментивных, онирических, онейроидных признаков в структуру делирия не только привносит новые особенности проявления психоза, но видоизменяет, иногда атипизирует собственно делириозную симптоматику и влияет на течение всей болезни.

При делириозно-аментивном синдроме острая спутанность, отрывочность мышления делает отрывочными делириозные переживания, обычно утяжеляя болезнь. Нередко присоединение аментивного компонента удлиняет психотический период или приводит к рецидивирующему течению.

91. Больной Н. Б., 41 год.

Диагноз: алкогольный психоз, мусситирующий делирий, аментивно-делириозный синдром.

Злоупотребляет алкоголем в течение 25 лет. 7 лет назад проходил стационарное лечение в связи с алкоголизмом. Через год после этого впервые перенес делирий с абортивным течением. Затем в течение 5 лет стациони-

Таблица 3

Сравнительная психопатологическая оценка галлюцинаторных феноменов, входящих в структуру синдромов сновидного и сноподобного помрачения сознания

Критерии клинической оценки	Онейризм	Делирий	Онейроид
1	2	3	4
Состояние сознания:	сновидное помрачение сознания, ориентировка на высоте синдрома нарушена и восстанавливается сначала в месте, а затем в окружающей обстановке и времени, аутоидентификация личности сохранена	сноподобное помрачение меняющейся интенсивности с бредовой дезориентировкой при ориентировке в собственной личности, т. е. сохранной аутоидентификацией	сноподобное помрачение значительной глубины с нарушением ориентировки во времени и месте, расстройством самосознания, отсутствием аутоидентификации
Мышление вне помрачения сознания	без грубых нарушений		патологически изменено
Интеллект	сохранен или снижен по органическому типу		характеризуется степенью нарушения мышления
Критика при выходе из психотического состояния:	постепенно восстанавливается	зависит от степени сохранности интеллекта	зависит от глубины и характера дефекта мышления
Эмоциональная реакция по отношению к галлюцинациям:	чаще положительная, добродушная, обычно адекватная	интенсивная, насыщенная, отрицательная, адекватная сюжету психотических переживаний	диссоциированная, менее интенсивная
Галлюцинации возникают:	с оттенком навязчивости, обычно без чувства сделанности		нередко с чувством сделанности

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4
Галлюцинации по их „оформлению" и реальности для больного:	фантастичны, воспринимаются так же, как видения во сне	воспринимаются как реально существующие, вне зависимости от внешнего оформления	фантастичны, гиперболичны, часто нелепы по внешнему оформлению
Галлюцинаторные образы видятся:	в субъективном галлюцинаторном пространстве с экстрапроекцией	в объективном воспринимаемом пространстве с экстрапроекцией и ассимиляцией окружающей обстановкой	в галлюцинаторном пространстве с экстра- или интрапроекцией, иногда в воспринимаемом пространстве (с чувством собственного перемещения в пространстве).
Галлюцинации при напряжении внимания:	ослабляются	усиливаются	изменяются мало
Галлюцинации по их преимущественной рецепторной принадлежности и взаимоотношению с другими симптомами:	зрительные, возникают одновременно с бредом при наличии сюжетной связи с ним	комбинированные: зрительные и слуховые, реже тактильные. Сюжетно связаны с бредом, обычно опережают его по времени возникновения	зрительные, неотделимые от расстройства мышления, бреда, кататонических симптомов
Галлюцинаторные образы по их динамичности и стойкости:	динамичны, чаще не имеют отношения к больному, никогда не приводят к его активному двигательному участию, сменяемы	взаимосвязаны с действиями больного, динамичны, изменчивы по внешнему оформлению	скорее сменяемы, нежели динамичны, лабильны
Галлюцинаторные образы по характеру „телесности":	не отличаются от сновидений	телесны, реалистичны	могут быть прозрачными, плоскостными или рельефными
Развитие галлюцинаторного синдрома:	приступообразное, связанное с состоянием сна и зависимое от экзогений, с периодами пробуждения	чаще постепенное, с усилением вечером и ночью, зависимое от экзогенных вредностей, с периодами пробуждения	приступообразное, меньше, чем при ониризме и делирии, зависимое от времени суток и экзогений

ровался по поводу алкогольного делирия еще 5 раз. При делирии всегда отмечались зрительные и слуховые обманы: слышал угрожающие и зовущие выпить голоса; видел кошек, мелких насекомых, чертей. Обычно психотический период продолжался 2—3 дня. Содержание большинства галлюцинаторных переживаний помнил. При последнем, по счету седьмом, стационировании по поводу алкогольного психоза течение болезни было рецидивирующим и продолжалось 65 дней. Психотические периоды длительностью 3—4 дня перемежались со светлыми промежутками, длительностью 2—3 дня. Всего отмечено 11 психотических приступов.

В психотические периоды дезориентирован. Сознание спутанное. Речь бессвязная, состоит из междометий, слогов, отдельных слов и обрывков фраз. Все время беспокоен. Выражение лица быстро меняется, отражая то испуг, то радость. Что-то стряхивает с себя, что-то ловит в воздухе, от кого-то отбивается. Дрожит всем телом, речь временами скандированная. В светлые промежутки психотического периода не помнит, всегда повторяет одно и то же: «слышал, как товарищи посылали за водкой».

Интеллект снижен по органическому типу. Отмечается выраженная морально-этическая деградация. Из всего, что происходило на протяжении последнего стационирования, отрывочно помнит лишь то, что имело место в светлые промежутки.

При делириозно-онирическом синдроме основная делириозная симптоматика обычно перемежается с периодами сновидного, онирического помрачения сознания. В такие периоды состояние возбуждения внешне сменяется относительным покоем, значительно уменьшается аффект страха. Больной ни от кого не бежит, не обороняется, не переговаривается с «голосами». Сюжет сновидных переживаний может быть индифферентным для больного или прямо его касаться. В отдельных случаях больной оказывается участником видимой галлюцинаторной композиции. Собственно делириозная симптоматика изменяется: галлюцинаторно-бредовые переживания имеют меньшую яркость и меньшую динамичность. После выхода из психотического состояния сначала восстанавливается критика по отношению к делириозным переживаниям и с большим отставанием — по отношению к онирическим. (Больной долго не может разобраться, снились ему те или иные события или были на самом деле). Включение онирического синдрома в структуру болезни обычно удлиняет ее течение.

92. Больной Н. Б., 45 лет.

Диагноз: алкогольный психоз, делириозно-онирический синдром.

Злоупотребляет алкоголем более 20 лет. Опохмеляется 12 лет. 5 лет назад перенес белую горячку. 4 года 8 месяцев не пил. Возникший затем длительный и тяжелый запой был прерван стационированием в хирургическое отделение по поводу перелома локтевой кости. В палате слышал зовущие его голоса. Были они знакомыми и незнакомыми, преимущественно мужскими, угрожающими, бранящими. Из палаты выходить не хотел, боялся. Сопротивлялся посадке в санитарную машину. В машине со страхом озирался по сторонам, порывался бежать. За окнами видел толпы враждебных людей. В отделении до полуночи оставался беспокойным, «отбивался от нападавших на него собак». Затем некоторое время был относительно спокоен, удерживался в пределах постели.

Утром со страхом рассказал, что прошедшей ночью на машине повез много людей, в том числе трех девочек. Была авария, и девочки оказались убитыми. На лице выражение страдания и страха. Тут же услышал громкий

голос диктора, объявлявшего по всему городу по радио о том, что его осудили на двадцать лет. Диктор подробно рассказывал народу о случае с аварией машины и смерти детей. В дальнейшем бредовая фабула не развивалась. Не было также слуховых и зрительных обманов делириозного характера. Был убежден, что его осудили без следствия. Припоминает, что был суд, он сидел в комнате, сверху ему шепотом задавали вопросы, и он мысленно на них отвечал.

Интеллект снижен, внешне спокоен. Больным алкоголизмом себя не считает. Лечиться не хочет. Понимает, однако, что был болен. Новой психотической продукции выявить не удается, но критика восстановилась не полностью. Понимает, что толпы людей, собаки, голоса ему казались. Сомневается в своей невиновности и в том, что не было суда. Положительно относится к утверждению врача о том, что все ему приснилось. Иногда соглашается с этим, иногда возражает.

Преимущественно делириозные или преимущественно онирические переживания чередуются. При этом иногда удается установить сюжетную связь между ними. Достаточно характерно то, что в делириозном периоде галлюцинации сопровождаются отрицательными, а в онирическом — положительными эмоциями.

93. Больной Д. Ж., 39 лет.

Диагноз: интоксикационный психоз.

.Около 10 лет страдает алкоголизмом. Накануне случайно выпил пузырек дихлофоса. При поступлении к чему-то прислушивался, отмечал звучание тихой музыки и постукивание в голове. После кратковременного сна «отчетливо видел» незнакомых людей, которые ссорились, бранились, обсуждали его состояние, грозили ему. Было страшно. Перестал понимать, что находится в больнице, видел себя в кузнице, одновременно слышал, как врачи, решив его отравить, подглядывали за ним из окон, слышал их голоса, одни его бранили, осуждали его поступки, другие — защищали. Черный усатый доктор торопил всех, со всеми ругался и требовал немедленно его изловить, «пока не поздно». От страха закрывал глаза и еще отчетливее слышал голоса всех участников мнимых событий. Вечером и ночью вновь видел усатого доктора, он готовился к операции, на которую понесли больного. Вокруг были люди в белых халатах, они молча улыбались, выпускали голубей, иногда сами начинали размахивать руками и летать вокруг. Смотрел на все с любопытством. Было очень интересно, «легко на душе, спокойно». Чему-то радовался.

В ряде случаев делириозно-онирический синдром протекает без четкого разделения на тот и другой периоды. Тематическая связь делириозных и онирических галлюцинаций становится еще большей. При наличии органического поражения ЦНС синдром включает ауто- и экзометаморфопсические иллюзии.

94. Больная Л. И., 45 лет.

Диагноз: травматическая болезнь, осложненная алкоголизмом. Интоксикационный психоз.

.В 19, 23 и 26 лет — тяжелые черепно-мозговые травмы. Более 10 лет злоупотребляет алкоголем. Утром случайно выпила карбофос. К вечеру развилась головная боль, тошнота, неоднократно рвота. Нарастало беспокойство. Думала, что сердце не бьется. Окружающие предметы перемещались, казались какими-то призрачными. Плохо понимала, где находится, кто ее окружает. Все стало безразличным. Не могла понять, спит или видит все наяву. Ощущала свои ноги большими, тяжелыми, вросшими в пол. Затем

ноги стали вращаться вокруг тела. Периодически пол был то вверху, то внизу. Хотела, но не могла определить положение своего тела по отношению к полу и потолку. Видела соседку и одновременно знала, что это ее посудомойка из ресторана «Рубин». Тело начало вытягиваться, изгибаться, стало восковидным. Потом заснула. Проспала, по словам дочери, около трех суток. Просыпаясь, что-то говорила, размахивала руками, кого-то звала, но глаз не открывала. Затем наступила бессонница. Ночами видела на стене черепа, мышей, растущие, быстро увеличивающиеся фигуры зверей.

В стационаре: вечером казалось, что смотрит кино. Видела свою мать и сестру. «Услышала», как лампа над умывальником заскрипела, а затем «видела», как она стала быстро поворачиваться, уходить в стену. На ее место выползла девочка в чем-то красивеньком и объявила, какое будет кино. Началась картина, как на широком экране со множеством участников. Голос, как у Буратино, объявил: «Сейчас вы себя все узнаете». И пошли пьяные человечки, раскачиваясь, девушки с маленькими растрепанными головками висли на них. Было интересно, смешно, приятно. Аппарат навели на зал и голос Буратино произнес: «Левашова здесь? Сейчас придет ваш муж». Но его не показывали. Пошла ругаться в кинобудку, приняв за кинобудку кабинет заведующего отделением. Требовала показать мужа, раз заранее было объявлено. Возмущена, что ее уложили в постель, «и даже дежурные сестры не разобрались». Рассказывая об этом врачу, продолжает высматривать букашек на потолке, испытывает тревогу, просит лечить ее.

Иногда переживаемые больным галлюцинации трудно поддаются четкой квалификации. В подобных случаях речь может идти о делириозном синдроме с онирическими включениями или об онирическом синдроме с делириозными включениями.

95. Больной У. Г., 38 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым течением и психопатоподобными проявлениями. Интоксикационный психоз.

Алкоголем не злоупотребляет. После относительно незначительной психогении с суицидальным намерением выпил тиофос. Очнулся в больнице. Помнит врача-психиатра и невропатолога. Казалось, что под кроватью сидят милиционеры с собаками. «Собаки лизали руки». Считал, что врачи намерены пересадить соседу по койке его глаз и руку. Хотел убить соседа судном, но «кто-то отнял все». Помнит, что уснул, «провалился». Проснувшись, вскочил, чтобы «вывести девчонок в коридор», искал их. «Все они были зелеными и желтыми».

Делириозно-онейроидный синдром наблюдался нами у больных шизофренией (наиболее часто — приступообразно-прогредиентная форма) с экзогенным, обычно алкогольным, отягощением. Психотический период в этих случаях протекает весьма атипично. В структуру делириозного синдрома включается онейроидная симптоматика. Наряду с этим меняются проявления делирия: зрительные и в еще большей степени слуховые галлюцинации нередко приобретают символический характер; бывают идеи особого значения; проявляются те или иные признаки расстройства мышления, идеаторные автоматизмы.

96. Больной Л. Т., 30 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма; алкогольный психоз.

С юношеского возраста застенчив, не уверен в себе. С того же времени

бывают периоды тоскливого, подавленного настроения. Очень давно заметил, что алкоголь улучшает настроение, придает уверенность. От употребления спиртного перешел к злоупотреблению. С 22 лет массивно алкоголизируется. Начиная с 24 лет, с промежутками в 1—2 года госпитализируется по поводу белой горячки, возникающей после длительного запоя и предшествующих психозу 2—3 дней воздержания. При предыдущих трех поступлениях отмечались критическое начало и критический выход из психотического состояния. В структуре психоза были вербальный, зрительный и тактильный галлюцинозы, парейдолические галлюцинации. За день до последнего поступления в периоде абстиненции, вечером внезапно услышал (со стороны, больше левым ухом) бранящие и угрожающие убить мужские голоса, «тело как будто пронизывало током».

В клинической картине: на второй день после начала психоза, днем в отделении, тревожен, испытывает страх. Ворочается в постели, но не встает. На вопросы при настойчивом их повторении отвечает по существу, односложно. Понимает, что в больнице, но не знает, в какой. Путает дату поступления. Говорит, что несколько минут или час назад на месте шурупа, ввернутого в потолок, увидел сначала пропеллер с крыльями, а затем потолок раздвинулся. Вдали светилось лазурное небо, курсировали паровозики, стояла регулировщица. Заметил, что паровозики и регулировщицы двигаются по его воле, от его взгляда. Понял, что обладает какой-то сверхъестественной силой. Издали услышал мужской голос, назвавший его «хунвэйбином». То же слово услышал в ушной раковине и затем в мозге. Мысленно называл себя «китайцем Хун-Ляном». Рассказывает обо всем этом со страхом и удивлением. Вечером того же дня, после непродолжительного и неполного прояснения, сознание вновь помрачилось. Однако временами больного удается «растормошить», и он отвечает на некоторые вопросы. Судя по ответам и спонтанным высказываниям, больной неожиданно услышал «голос» радистки из диспетчерской, с которой, кроме него, было связано еще 15 абонентов. Связь «осуществлялась» с помощью невидимых нитей, входящих в ухо и выходящих из ресниц. «Голос» передавался по проводам издалека, слышался внутри ушной раковины, проникал в голову и звучал в мозге. Переговаривался с голосом, отвечал на него мысленно, но мысль была мелодичной, озвученной. Утром смутно помнит свои переживания, некоторые из них подтверждает только после подсказок. Лучше помнит, что голос телефонистки слышался внутри уха, а о переходе этого голоса в мозг— запамятовал. Припоминает, что ощущал в себе особую силу: «мог силой взгляда зажигать папироску, прожигать простыни, двигать пепельницу». Казалось, что находится в лодке, которую тащит волоком множество людей, его режут и растаскивают по кускам, как тело святого. После выхода из психотического состояния: склонен к резонерству и паралогичным построениям, эмоционально вял, к перенесенному психозу и своему заболеванию относится критично, но без большого интереса, с элементами апатии. Многое из пережитого амнезировал.

Галлюцинаторные переживания делириозного и онейроидного характера могут либо чередоваться в течение психоза, либо перемежаться и смешиваться, создавая трудность дифференцировки. Однако преимущественно созерцательное отношение больных к онейроидным галлюцинациям и активное соучастие с галлюцинациями делириозными помогает их различать.

97. Больная П. М., 36 лет.

Диагноз: шизофрения (приступообразно-прогредиентная форма), осложненная алкоголизмом.

Алкоголь употребляет с 14 лет. В 28 лет перенесла алкогольный делирий. В последние 4 года резко изменился характер: стала грубой к детям, мало ими интересовалась, перестала следить за своей внешностью. Жало-

валась, что не может сосредоточить мысли, ощущала, что они ей неподвластны. Появились приступы тяжелой депрессии, приводящие обычно к запою. С суицидальной целью приняла карбофос.

Не помнит, как оказалась в больнице, не понимает, кто ее окружает. В медицинском персонале узнает собутыльников. Видит целые картины. С любопытством расспрашивает «Зинку», удивляется, почему она вышла во вторую смену. Аффект нестойкий: на лице то страх, тревога, то любопытство, озабоченность. Показывает руками на стену и просит принести ей ящик с белыми головками на бутылках. Грубо кричит, зовет кого-то, грозит, что «зря не будет платить кому-то денег». Злорадно улыбается — «опять фальшивые деньги». Что-то рассматривает на свету, ловит в воздухе, старательно складывает в пачки, много раз пересчитывает, сбивается, сердится. К вечеру больная становится более отрешенной, лежит с открытыми глазами, ловит что-то ртом, жует, сплевывает. Охотно отвечает на вопросы. Уверяет, что сейчас лето, жара, кругом цветы. Затем видит парящих в небе странных, «с большими клювами», хищных птиц. Тело у птиц как-то раздваивается. Часть ее собственного тела «превращается в птичье, руки вытягиваются, как крылья». Следит взглядом за другой половиной своего тела. Чувствует, как она поднимается в воздух, отделяется от кровати. «Страшно и легко, и дух захватывает». Лежит совершенно без движений. Иногда улыбается чему-то. На вопросы, как чувствует себя, отвечает: «Легко мне, легко, отмучилась». После купирования психотических симптомов ко всему безучастна, пассивно критична.

Механизм «оформления» экзогенных психозов не всегда понятен и в соответствии с этим не всегда понятны некоторые феноменологические особенности галлюцинаций, наблюдаемых при этих психозах. Так, например, Р. Хемфиль (1971) сообщает, что при возникновении галлюцинаций у полиглотов в случаях шизофрении эти галлюцинации «слышатся» на родном языке, а при экзогенных психозах они многоязычны.

Псевдогаллюциноз. Ранее уже говорилось о том, что при сравнительном дифференциальном анализе галлюцинаторных переживаний делириозного и онейроидного синдромов, наряду с другими различиями можно отметить, что в структуре делирия встречаются вербальные и реже зрительные галлюцинации с интрапроекцией, четко коррелирующие с возникновением, развитием помрачения и прояснением сознания. Этот феномен мы называем псевдогаллюцинозом. В то же время в структуре онейроида нередко сохраняются псевдогаллюцинации Кандинского, наблюдавшиеся до сноподобного помрачения сознания, относительно независимые от динамики этого помрачения, остающиеся после его прояснения.

Все сказанное о различии галлюцинаций, возникающих в интрапроекции, зависимых и независимых от помрачения сознания, достаточно демонстративно подтверждается нашими наблюдениями над больными шизофренией с псевдогаллюцинациями и больными экзогенно-органическими психозами с псевдогаллюцинозом (при понимании этого термина в соответствии с данным нами ранее определением).

Так, при алкогольном делирии иногда внезапно возникают голоса, характеризующиеся интрапроекцией. Причем больные

не всегда могут понять, откуда они исходят, затыкают уши, но голоса усиливаются. В одних случаях вербальные обманы сочетаются со зрительными (набл. 98), а в других остаются только вербальными, обычно угрожающими, бранящими (набл. 99).

98. Больной Т. Г., 26 лет.
Диагноз: алкогольный психоз.
В прошлом неоднократно стационировался по поводу алкогольного делирия. Последний раз заболел в период абстиненции после массивной алкоголизации. Острое психотическое состояние сопровождается расстройством сознания, страхом, ухудшением вечером или ночью. Вечером, внезапно, где-то внутри головы, появляется доброжелательный не то мужской, не то женский голос, называющий себя «блуждающей клеткой». Несмотря на доброжелательность голоса, испытывает страх, утверждает, что видит эту клетку, что она двигается в мозге и повреждает другие клетки. При уменьшении степени помрачения сознания выражает сомнения в действительности переживаемого. Ночью состояние вновь ухудшается. Голос звучит громче, больной затыкает уши, но голос еще усиливается.
Из психотического состояния выходит на следующий день, смутно припоминает, что с ним было. Доступен, интеллект снижен по органическому типу, мышление связное, последовательное, без симптомов дефекта.

В ряде наблюдений можно четко проследить не только возникновение, развитие, нарастание интенсивности псевдогаллюциноза по мере углубления помрачения сознания, но также ослабление галлюциноза при уменьшении глубины помрачения сознания и его исчезновение — при прояснении сознания. Нередко, кроме того, отмечается хронологическая и сюжетная связь между вербальным псевдогаллюцинозом и предшествующим галлюцинозом с экстрапроекцией. При этом больные обычно сообщают, что громкие, четкие голоса, слышавшиеся со стороны, начинают звучать внутри уха и затем внутри головы. Аффект страха, появляющийся чаще всего перед или одновременно с вербальным галлюцинозом, постепенно нарастает и достигает наибольшей остроты на высоте псевдогаллюциноза. На зависимость проекции вербального галлюциноза от углубления помрачения сознания указывает то, что после выхода из психотического состояния наибольшая амнезия распространяется на «голоса», слышавшиеся внутри головы. Несколько меньше амнезируются голоса, слышавшиеся внутри уха и еще меньше — «голоса» с экстрапроекцией.

99. Больной В. Г., 37 лет.
Диагноз: алкогольный психоз.
Заболел в период абстиненции. Вечером внезапно за окном услышал громкие мужские «голоса». Несколько человек спорили о способе убийства больного. Главным был бас, его все слушались. После того, как собеседники решили повесить больного, остался только голос мужчины, говорившего басом. Голос этот, слышавшийся ранее за окном, стал постепенно приближаться. К ночи он «перешел» в ушную раковину, а затем в «черепную коробку». Бас подробно, в деталях, описывал процедуру подготовки виселицы и казни. При появлении «голосов» было сомнение в их действительности. Затем критика полностью утратилась, страх нарастал. Хотел бежать, но не

зиал, куда и от кого. Не мог понять, как в его голову забрался «голос». Утром полностью вышел из психотического состояния. Из перенесенных вечером и ночью переживаний отрывочно помнит о каких-то людях, которые сговаривались его повесить. О «голосе» внутри головы совершенно не помнит. Критичен, нарушения мышления нет. Выявляются симптомы алкогольной деградации.

В связи с приведенным наблюдением отметим, что Ж. Глатцел (1970) у больного органическим заболеванием мозга наблюдал пароксизмально возникший псевдогаллюциноз, трансформировавшийся из вербального галлюциноза.

Генез помрачения сознания и возникновения псевдогаллюциноза на высоте этого помрачения может быть сложным, обусловленным, например, гипертонической болезнью с алкогольным отягощением.

100. Больной Б. Ю., 39 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь 2-й степени, алкогольная интоксикация.

Примерно с 20 лет злоупотребляет алкоголем; до 32 лет страдал запоями, но психотических эпизодов не было. Около 7 лет болен гипертонической болезнью, протекающей с тяжелыми кризами. На высоте криза — сильные головные боли, тошнота, нарушение ориентировки. «Для снижения давления и облегчения головных болей» часто выпивает по 50—100 граммов водки. Последние 4 недели, по совету врача, совершенно не употребляет алкоголь.

После длительной бессонницы вечером, в канун поступления в больницу, усилилась головная боль. Ночью заснуть не мог, лежал с открытыми глазами. Внезапно «услышал мозгом» мужские и женские голоса. «Голоса» повторяли отрывки его прежних телефонных разговоров и задавали короткие вопросы. Слышал все это четко, ясно, в «звуковом оформлении внутри головы без участия ушей». Было страшно. Не понимал, что с ним происходит. При включении света и открывании глаз голоса исчезали. Утром сознание прояснилось и восстановилась критика.

Общителен, вполне доступен, память снижена, счет по Крепелину с ошибками, слабодушен. Физически и психически истощаем. Мышление связное, последовательное. Смутно помнит ночные переживания.

Возникновение вербальных галлюцинаций, характеризующихся интрапроекцией и прямой патогенетической и патокинетической зависимостью от степени помрачения сознания, мы наблюдали вне зависимости от наличия или отсутствия алкогольного отягощения при других, не алкогольных, психозах, протекающих с расстройством сознания.

Так, пароксизмальный характер имеют вербальные галлюцинации с интрапроекцией, наблюдаемые у больных эпилепсией и органическим заболеванием мозга с эпилептиформным синдромом.

В наших наблюдениях при органическом заболевании мозга имелась комбинация эпилептиформной и истерической симптоматики.

101. Больная Р. О., 34 года.

Диагноз: травматическая болезнь с эпилептиформными и истерическими припадками.

Перенесла 7 лет назад тяжелую черепно-мозговую травму. Около 3 лет назад начались эпилептиформные припадки, повторяющиеся каждые 1,5—2 месяца и протекающие с отключением сознания, цианозом губ и лица, иногда с судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. Продолжительность припадков до 1 минуты. Наряду с эпилептиформными припадками с 32 лет стали возникать приступы насильственных непрекращающихся рыданий. Казалось, что кто-то рыдает у нее в груди. Во время таких приступов, продолжавшихся 30—40 минут, выкрикивала нецензурную брань. На вопросы в это время не отвечала. Изредка наблюдались истерические припадки с эпистотонусом. Припадки и приступы прекращались внезапно. Больная становилась добродушной, помнила почти все, что с ней происходило. Высказывала мысли «одержимости бесом».

За 6 месяцев до поступления в больницу, вечером, раздеваясь, чтобы лечь спать, потеряла ориентировку, не могла найти выключатель. Затем внезапно услышала внутри головы множество голосов, нецензурно бранивших больную. Ощущала, что в голове как будто поселилось много чертей. Испытывала страх. При закрывании глаз перед ними видела страшные морды и бога, а при открытых глазах — разноцветные кольца, шары. Голоса внутри головы прекратились так же внезапно, как начались. Не могла понять, что с ней происходило. Предполагала «порчу».

Разговорчива, синтонна, с интересом и любопытством относится к беседе, интеллект заметно снижен. Память ослаблена, суждения примитивны, раздражительна, плаксива, утомляема. Без большой убежденности высказывает идеи «околдования». Период острых психотических переживаний помнит смутно, считает, что «сходила с ума».

В ряде случаев наряду с пароксизмальным возникновением вербальных галлюцинаций с интрапроекцией наблюдается галлюциноз с экстрапроекцией.

102. Больная Б. Г., 49 лет.

Диагноз: эпилептическая болезнь, осложненная алкоголизмом.

Около 10 лет злоупотребляет алкоголем. С детства — 1—2 раза в год судорожные припадки и очень редкие (3—4 раза за всю жизнь) своеобразные эпилептические пароксизмальные состояния. Во время таких состояний частично понимает происходящее вокруг. Возникает сенсорная афазия продолжительностью до часа, выражающаяся в том, что забываются названия всех предметов, имена и др. Проходит все так же внезапно, как начинается. В последний год стали слышаться слуховые галлюцинации с интрапроекцией: внутри головы вдруг появляется громкое хоровое пение. Продолжается псевдогаллюциноз до 15 минут. Все исчезает внезапно. Наряду с этим отмечается вербальный галлюциноз: за окном голоса зовут, называют больную по имени, ругают ее.

Подчеркивая наличие при экзогенных психозах патогенетической связи, корреляции между возникновением галлюцинаций, «воспринимаемых мозгом», и помрачением сознания, мы должны отметить, что в клинической практике встречаются, но крайне редко, также хронически протекающие экзогенные психозы, в которых не удается установить помрачение сознания и вместе с тем отмечаются вербальные галлюцинации с интрапроекцией.

Такой атипичный псевдогаллюциноз возникает обычно только вечером, ночью или днем, но в состоянии утомления — при желании уснуть. Он отличается от псевдогаллюцинаций Кандинского сопряженностью в процессе развития заболевания с хроническим вербальным галлюцинозом, отсутствием какой-

либо связи с патологическим нарушением мышления до и после галлюцинирования, вполне сохранной критикой в момент галлюцинирования и отсутствием чувства насильственности, сделанности, а также бредовой интерпретации. Следовательно, и при атипичном псевдогаллюцинозе имеется связь с фазовыми состояниями, вечерним или ночным временем суток, хотя нет явного помрачения сознания.

103. Больной Ж. Е., 29 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В прошлом неоднократно черепно-мозговые травмы с потерей сознания. Злоупотребляет алкоголем с 19 лет. 3 года назад отмечался вербальный алкогольный галлюциноз: за окном, из трещин стены или потолка слышались бранящие и угрожающие голоса. Через несколько месяцев «голоса» стали локализоваться в «мозге». Возникали они только вечером или ночью и проходили после лечения. Периоды галлюцинаций в интрапроекции колебались от 4—5 до 20—30 дней и всегда начинались после очередной алкоголизации. Сюжет этих галлюцинаций соответствовал отмечавшемуся ранее галлюцинозу с экстрапроекцией. «Голоса» ругали или приказывали «плохое» — спрыгнуть с трамвая, кого-либо ударить и т. п.

В статусе: общителен, доступен. Охотно, даже несколько демонстративно говорит о «голосах» внутри головы. Ослабление памяти и формальных способностей незначительное. Мышление связное, последовательное, без каких-либо признаков дефекта. Рассказывает о том, что «голоса» появляются очень редко, вечером. Они четкие, громкие, «находятся» где-то в мозге, но определить, мужские они или женские, трудно. Страха нет. Понимает, что «голоса» от болезни, утверждает, что всегда это понимал (как в момент галлюцинирования, так и после). К утру «голоса» всегда исчезают.

8-я группа: иллюзии и галлюцинации «промежуточные, фазовые» — иллюзии ложного узнавания и галлюцинации при закрытых глазах вечером или ночью.

Феномены этой группы не имеют большого самостоятельного диагностического значения и рассматриваются в качестве переходных от явлений, при которых расстройство сознания лежит в основе генеза иллюзий и галлюцинаций (а расстройство мышления не предшествует им, не определяет их сущность), к явлениям, при которых иллюзии и галлюцинации интимно патогенетически связаны с патологией мышления, представляют собой одну из форм этой патологии (а изменение сознания — не нарушение, не помрачение — отступает на второй план).

Синдромом ложного узнавания, синдромом «смешивания личности» или «синдромом двойника» в психиатрии обозначается сборная группа симптомокомплексов, разнородных по патогенезу и феноменологическим проявлениям.

Феномен «узнавания двойников» впервые в психиатрической литературе описан К. Кальбаумом (1906). В. П. Сербский (1906) этот же феномен описал под названием «синдром смешивания личности». Еще через 17 лет его подробно проанализировал Ж. Капгра (1923), именем которого он назван по предложению П. Леви-Валенси (1930). Французские психиатры подразделяют феномен Капгра на синдромы «положительного» и «отрицательного» двойника. К первому относятся случаи, при которых больной узнает в окружающих его лицах людей, являющихся двойниками род-

ственников, знакомых, известных писателей, артистов. Ко второму — случаи, при которых 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, то морду животного, то выглядит негром, японцем, индийцем — названы Ж. Вие (1930), П. Курбаном, Г. Тюском (1937) синдромом Фреголи (итальянский комик-трансформатор XIX века), или «синдромом интерметаморфозы». Вся группа подобных переживаний некоторыми психиатрами объединяется названием «синдром ложного узнавания».

Одни психиатры объединяют все феномены, близкие к синдрому «ложного узнавания», другие — разобщают их; одни относят этот синдром к числу бредовых (острый чувственный бред), другие — к иллюзорным и т. д.

Так, Н. Ф. Дементьева (1973) расценивает ложные узнавания в качестве «компонента чувственного бреда»; А. Симс, А. Вите (1973) понимают этот феномен как самостоятельный синдром, сочетающийся с феноменом психического автоматизма; Э. Ф. Лаврецкая (1970) объединяет в единый психопатологический синдром бред положительного и отрицательного двойника, бред интерметаморфозы, симптом Фреголи, симптом «мертвецов» и «уродов»; А. Эй (1973) разграничивает все эти феномены.

Из числа психопатологических явлений, объединяемых названием «синдром ложного узнавания», в классификационную таблицу нами включаются только феномены, имеющие характер иллюзий или содержащие иллюзорный компонент.

К таким феноменам относятся:

а) ложные суждения аффективного генеза (4-я группа);

б) иллюзии «интерметаморфозы» (синдром Фреголи);

в) собственно иллюзии ложного узнавания;

г) синдром иллюзорно-бредового ложного узнавания (10-я группа).

Таким образом, перечисленные выше феномены располагаются (за исключением явления ложных суждений) по мере уменьшения степени нарушения сознания и одновременного увеличения патогенетической связи соответствующих иллюзий с расстройством мышления.

Ниже мы увидим, что иллюзии интерметаморфозы и ложного узнавания нельзя рассматривать в качестве чисто иллюзорных симптомов. К иллюзиям здесь почти всегда примешивается бредовой компонент, то есть какое-то «особое понимание» иллюзорных восприятий. Этот компонент имеет характер острого чувственного бреда. Он всегда находится в прямой зависимости и сюжетной связи с иллюзорными переживаниями, но самостоятельного значения никогда не приобретает.

В отличие от иллюзий интерметаморфозы и ложного узнавания, синдром иллюзорно-бредового ложного узнавания включает бредовой компонент, приближающийся по своему характеру

к интерпретативному бреду, имеющий самостоятельное значение и в известной степени подчиняющийся закономерностям развития бреда.

Наряду с перечисленными синдромами, в структуре которых иллюзии играют ведущую роль, встречается феноменологически близкий к ним, но по существу отличный симптомокомплекс, в котором бредовые переживания имеют ведущее значение, а иллюзорный компонент либо отсутствует, либо лишь подразумевается. Мы называем этот симптом бредом ложного узнавания.

К ложным суждениям мы относим мимолетные, кратковременные, легко корригируемые ошибки узнавания, возникающие при очень незначительном изменении сознания (4-я группа).

Больные в этих случаях (чаще в реактивном состоянии или при реактивном психозе, реже в состоянии алкогольной или наркоманической абстиненции, а также страдающие шизофренией с психогенными или истерическими наслоениями) среди прохожих «узнают» знакомых или родственников. Ошибка быстро выявляется самим больным, когда он подходит ближе и присматривается.

Для возникновения иллюзий интерметаморфозы необходимо существенное изменение сознания. Эти иллюзии встречаются чаще при экзогенно-органических психозах и реже — при шизофрении. Здесь имеет место очень быстрая панорамическая смена идентификации личности, обычно с аффективной реакцией страха.

Иллюзии интерметаморфозы весьма трудно квалифицировать в случаях абортивного их проявления, наблюдаемого изредка при остром дебюте шизофрении. Иллюзорные переживания в подобных случаях так же, как нарушение сознания, бывают быстропреходящими, мимолетными.

104. Больной М. Б., 18 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Заболевание началось остро со сменяющих друг друга чувств тоски и растерянности. Сразу же понял, что заболел психически, когда внезапно на несколько минут «потерял ощущение реальности собственного существования и всего происходящего вокруг». В эти минуты, к своему удивлению, заметил, что лица окружающих незнакомых людей быстро, по нескольку раз «заменяются» лицами знакомых, как правило, неприятных больному. Каждая новая смена лица была мимолетной. Кратковременно возникал страх. В момент иллюзорных переживаний не успевал осмыслить их сущность. Сразу же после прояснения сознания критика полностью восстанавливалась. Подобные состояния повторялись 2—3 раза. В дальнейшем достаточно быстро выявилась склонность к резонерству, тягостное для больного чувство пустоты в голове и наплывы мысли.

Иллюзии ложного узнавания обычно возникают при нарушении сознания экзогенной природы или изменении сознания в дебюте шизофрении. Заключаются они в том, что в других больных, врачах, сестрах, санитарках больной уз-

нает знакомых или родственников, иногда давно умерших, обращается к ним, называя соответствующими именами, с удивлением или веселым возбуждением (предполагая розыгрыш), или страхом (когда узнает умерших), аффективно реагирует на отрицание правильности их узнавания. Эти переживания могут быть нестойкими и кратковременными, со сменой характера идентификации личности и его быстрым амнезированием, но могут быть стойкими, зафиксировавшимися на длительное время (особенно, когда ложные узнавания указанного характера возникают при изменении сознания у больного олигофренией, органической, травматической, эпилептической деменцией и т. д.).

Иллюзии ложного узнавания и иллюзии интерметаморфозы патогенетически близки. При углублении нарушения сознания эти феномены сопровождаются паранойяльными и параноидными «включениями». Подобные «включения», их сюжет всегда определяются характером аффекта и содержанием иллюзий, они не имеют самостоятельного значения и целиком определяются наличием и длительностью иллюзий. В ряде случаев удается установить непосредственную зависимость возникновения иллюзий ложного узнавания от более или менее выраженного изменения сознания.

105. Больная Е. И., 26 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Больна около 12 лет. Обострения обычно протекают бурно, с кратковременным изменением сознания и дезориентировкой.

В статусе: склонность к резонерству, паралогичное мышление, вербальные псевдогаллюцинации. Память, формальные способности сохранены.

В начале обострения, в течение примерно суток на фоне легкой дезориентировки в одной из медицинских сестер узнавала свою школьную подругу Риту. Соответственно обращалась к ней, обижалась на то, что та «не признавалась». Через сутки вышла из состояния обострения, легко выявила свою ошибку, проявляет к ней критику.

Иллюзии ложного узнавания чаще бывают зрительными и реже вербальными. Сочетаясь с различными галлюцинациями или бредом, иллюзии ложного узнавания иногда сохраняют «самостоятельность» и тематическую независимость, т. е. не имеют тематической связи с бредом или галлюцинациями.

106. Больная Л. О., 29 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Острый психотический приступ развился около месяца назад.

Растеряна, тревожна, временами беспокойна, не полностью осмысливает, что с ней происходит. Отмечается мышечная подчиняемость. Выявляются бредовые идеи преследования, слышит невнятные разговоры за стеной о ее будущем. Испытывает вербальные иллюзии ложного узнавания: незнакомые по внешнему виду люди обращаются к ней голосами родственников и знакомых. Все это удивляет больную, но не оценивается ею как преследование.

У одного и того же больного могут наблюдаться зрительные и вербальные иллюзии ложного узнавания. В этом случае они нередко бывают связанными между собой, сочетанными.

107. Больная Т. У., 20 лет.
Диагноз: шизофрения, рекуррентная форма.
Заболела остро два месяца назад.

Все это время не покидает ощущение, что все происходящее вокруг ненастоящее, кажущееся, необычное. Вглядываясь в лицо незнакомого мужчины, внезапно узнает в нем отца. В то же время понимает, что это ей кажется. Прислушиваясь к посторонним разговорам, узнает голос отца или матери. Голосом матери может говорить мужчина, а голосом отца — женщина. Содержание посторонних разговоров в сознании не фиксируется. К иллюзиям ложного узнавания критична, они ее пугают. Глядя на сестру, не узнает ее глаза — они кажутся черными и страшными, убегает из комнаты. Галлюцинаций выявить не удается. Бредовых идей не высказывает.

Иллюзии бредового ложного узнавания («положительный двойник» Капгра) возникают вне помрачения сознания. При этом феномене больные не идентифицируют окружающих со знакомыми, родственниками, а узнают в окружающих двойников этих знакомых или родственников. Следовательно, в этом синдроме большее значение, чем в предыдущих, имеет бредовой компонент. Кроме того, этот компонент, как указывалось, психопатологически ближе к интерпретативному, чем к чувственному бреду. Характер и стойкость бреда различны: от паранойяльного, нестойкого, лишь с бредовыми намеками и критическими сомнениями, до параноидного или даже парафренного. В одних случаях бред только формируется, в других — иллюзии ложного узнавания трактуются по-бредовому, в третьих — они входят в структуру парафренного бреда.

108. Больная Х. Г., 17 лет.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Больна более года. Поступила по поводу третьего приступа. В начале приступа так же, как при двух предыдущих, возникло продолжавшееся около суток состояние, во время которого в окружающих ее незнакомых людях узнавала «перевоплощенных» знакомых, сохранивших лишь некоторые свои прежние внешние признаки.

В статусе: настроение пониженное, жалуется на невозможность сосредоточить мысли, критически относится к перенесенному состоянию, хорошо его помнит. Утверждает, что, узнавая знакомых в окружающих и говоря об этом врачу, все время сомневалась, «не кажется» ли ей.

Полиморфность синдрома иллюзорно-бредового узнавания проявляется не только в различной полноте бредового компонента и разной степени критичности к иллюзиям, но также в интенсивности и структуре иллюзорного симптома. Например, мы наблюдали больную, у которой иллюзии ложного узнавания в структуре иллюзорно-бредового синдрома распространялись не на человека в целом, а лишь на части его тела.

109. Больная И. Т., 31 год.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Больна около 3 лет. В дебюте заболевания наряду с идеями отношения и бредом особого значения возник своеобразный иллюзорно-бредовой синдром ложного узнавания: глядя на руки, ноги, другие части тела окружаю-

щих ее родственниц, знакомых и незнакомых женщин, узнавала в них соответствующие части тела умершей матери. Считала, что душа матери попеременно переселяется в кого-либо из женщин. Критика долго не восстанавливается, в настоящее время имеются лишь критические сомнения по поводу прошлых высказываний.

На парафренном этапе шизофренического процесса иллюзии бредового ложного узнавания имеют нелепый, нестойкий, меняющийся характер, вполне соответствующий нелепости, нестойкости высказываемого бреда.

110. Больной С. М., 26 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
В клинической картине: нестойкие, меняющиеся по фабуле бредовые идеи величия, преследования, особого значения: о больном знают во всех местах, городах. Делают на него «ставки в особой игре». При этой игре все пытаются набрать 91 (номер его дома). Имя его называют по телевидению. Из него сделали «30 Смирновых». Он ушами слышит голоса незнакомых людей, говорящих: «Я Смирнов». В лицах встречных мужчин и женщин узнает себя то подлинного, то измененного; то молодого, то старого. Эмоциональная реакция на собственные переживания вялая. Мышление паралогичное, с элементами разорванности.

Бред ложного узнавания («отрицательный двойник» Капгра) 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», «подставной», «подмененный», «загримированный двойник настоящего». Подобный бред ложного узнавания нередко «перекликается» по сюжету с общей бредовой концепцией больного. Таким образом, иллюзорный компонент здесь фактически отсутствует.

111. Больная Т. Г., 44 года.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна с 19 лет. Неоднократно стационировалась в психиатрическую больницу. Психотическая симптоматика при всех обострениях примерно однотипна. Перед последним поступлением перестала спать, актуализировался бред преследования.
В статусе: несколько заторможена, движения замедлены, голос тихий, ответы с задержкой, «замечает», что на работе, на улице про нее говорят, мысли ее узнаются окружающими. В голову лезут мысли, что муж — не муж, он подменен, главный врач психиатрической больницы — подменен. Это «умерший генерал», она должна разоблачить его. Отношение к своим переживаниям не критичное.

К бреду ложного узнавания относится феномен, при котором бред отличается обычно 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. Высказывания эти почти всегда имеют нелепый характер, не

сообразующийся с какой-либо реальной действительностью. Создается впечатление, что больной говорит не о действительных переживаниях, а о вымышленных, что обусловливает сходство с конфабуляторным бредом. Нередко трудно установить, связаны ли вообще бредовые высказывания больного с какими-либо галлюцинаторными видениями. 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.

112. Больной Д. Б., 18 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Высказывает парафренный бред, себя считает необыкновенным человеком, способным «воплощать» давно умерших людей, переселять в собственное тело их души. Утверждает, что сегодня видел умершую мать, которая имела образ одной из его невест. Только что он в этой комнате «видел» множество трупов Достоевского. Высказывания больного о виденном непостоянны, непоследовательны, отрывочны, часто сменяемы.

Галлюцинации при закрытых глазах, как мы уже подчеркивали при описании феноменов 7-й группы, отличаются от гипнагогических и гипнопомпических галлюцинаций. Отличие это связано со значительно меньшим, чем при гипнагогических и гипнопомпических галлюцинациях, изменением сознания (сновидного характера), и находится в большей связи с патологией мышления. Иначе говоря, галлюцинации при закрытых глазах возникают не в дремотном состоянии, а в состоянии бодрствования. С гипнагогическими галлюцинациями их сближает наличие экстрапроекции в представляемое пространство. Галлюцинации при закрытых глазах неоднородны и могут быть разделены на три соответствующих их природе вида:

а) галлюцинации, возникающие непроизвольно из произвольно вызванных представлений при закрытых глазах. Появляются они обычно вечером или ночью (8-я группа);

б) галлюцинации, возникающие полностью непроизвольно, с чувством насильственности, по сюжету неожиданные для больного. Исчезают они при открывании глаз, но не всегда; отношение к ним больного критическое или не вполне критическое; часто они отражают вычурность, паралогичность, символичность его мышления (10-я группа);

в) галлюцинации, возникающие при закрытых глазах в любое время суток, имеющие интрапроекцию или экстрапроекцию в представляемое пространство, но обычно сопровождающиеся чувством сделанности и нередко имеющие сюжетную связь с бредом. Это псевдогаллюцинации при закрытых глазах (11-я группа).

Галлюцинации при закрытых глазах, трансформировавшиеся из произвольных представлений (8-я группа), по механизму

возникновения близки к сенсориализации представлений, отличаясь от нее связью с периодом, предшествовавшим сну, и непроизвольностью устранения.

В. А. Гиляровский (1949) полагает, что такие галлюцинации могут переходить из представляемого в воспринимаемое пространство и, ассимилируясь реальным окружением, превращаться в истинные галлюцинации. Нам ни разу не удалось наблюдать такое превращение. Эти «полупроизвольные» галлюцинации, по нашим наблюдениям, обычно бывают навязчивыми, остаются в представляемом пространстве, не имеют бредового сопровождения (сохраняется полная критика) и исчезают при открывании глаз. Наиболее характерные галлюцинации такого рода отмечены у больных церебральным атеросклерозом и инволюционным психозом.

Примером галлюцинаций типа «а» может служить следующее наблюдение.

113. Больная Е. Ж., 62 года.

Диагноз: церебральный атеросклероз со снижением интеллекта.

В статусе: общительна, несколько многословна, память на текущие события ослаблена. Устный счет ведет с ошибками. Правильно толкует иносказательный смысл пословиц и поговорок.

Рассказывает, что уже 5 лет отмечает у себя способность вызывать «видения» различных образов при закрытых глазах. Больной достаточно вечером, лучше в темноте (не обязательно лежа) подумать о каком-либо человеке, и образ этого человека очень четко, ясно виден перед глазами. Он может быть статичным и динамичным в виде портрета или улыбающегося, открывающего рот лица. Сохраняется он долго, больная не может от него отделаться. Однако достаточно открыть глаза — и образ исчезает. Все время понимает, что ей кажется. Страха нет. Иногда даже забавляется видениями.

Галлюцинации при закрытых глазах, возникающие с чувством насильственности, отличаются от истинных проекцией в представляемое, а не в воспринимаемое пространство, отсутствием естественности, реалистичности оформления и зависимостью от больного (поскольку он от них может избавиться, открыв глаза). Появление этих феноменов не связано с чувством сделанности и не имеет взаимосвязи с бредовыми переживаниями, которые могут быть у больного, чем они отличаются от псевдогаллюцинаций. Отмечаются такие галлюцинации чаще всего у больных шизофренией, осложненной органическим заболеванием мозга, но могут также наблюдаться у больных органическими заболеваниями мозга и эпилепсией. В случаях эпилепсии, однако, галлюцинации при закрытых глазах, по-видимому, сочетаются с легкой степенью изменения сознания. Подобные феномены, быть может, более правильно рассматривать в качестве промежуточных между типом «а» и типом «б».

Мы не находим патогенетических различий между галлюцинациями при закрытых глазах типа «б» и галлюцинаторными феноменами, рассматриваемыми в 10-й группе, однако фено-

менологически они имеют сходство с галлюцинациями, возникающими при нарушении сознания. Дифференциация между теми и другими затруднена, если степень нарушения сознания незначительна. В этом случае от галлюцинаций при закрытых глазах типа «б» галлюцинаторный феномен отличается наличием прямой связи галлюцинаций с периодами нарушенного сознания, как это показано в следующем наблюдении.

114. Больная Л. У., 51 год.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза, эпилептиформный симптомокомплекс.

В 15 лет перенесла черепно-мозговую травму. В 31 год — тяжелый вирусный грипп. С 38 лет злоупотребляет алкоголем, отмечались психопатическое поведение и сексуальная распущенность. В 46 лет перенесла приступ психического заболевания. По данным истории болезни, наблюдались галлюцинации, иллюзии ложного узнавания, бредовые идеи преследования с аффектом страха. Что происходило с ней тогда, перед стационированием и в первые дни пребывания в больнице, помнит смутно.

Рассказывает, что в последние годы неоднократно «попадала не туда, куда шла»: внезапно, неожиданно для себя замечала, что находится в незнакомом месте.

В течение последнего года отмечает возникновение «приступов» продолжительностью от 15 минут до 4—5 часов. Приступы внезапно начинаются и также внезапно заканчиваются. Прежде они бывали 1—2 раза в месяц, а теперь до 4—5 раз. Предвестником приступа бывает плохое общее самочувствие и «мелькание в глазах». Затем «голова становится дурной» и появляется сильный страх. Боится всего: окружающих людей, животных, деревьев, столбов. При закрывании глаз перед ними в представляемом пространстве появляются огонь, люди, иконы, искаженные морды. «Видения» сменяются, но в пределах образа статичны. Подчеркивает, что в это время страшно вообще, а не от видений. Пока не исчезают галлюцинаторные образы, не понимает, откуда они, но в действительное их существование не верит. После исчезновения галлюцинаций критика восстанавливается полностью. Последний приступ был несколько необычным: после мелькания в глазах «появилась дурь в голове», но страх возник только в конце приступа. При закрывании глаз видений не было. Все продолжалось не более 5 минут. Приступы всегда очень тягостны для больной. Походка при них неустойчивая, «как пьяная». Не хочется ни с кем говорить, появляется желание лечь. Утверждает, что помнит все происходящее вокруг во время приступа. Интеллект незначительно снижен. Вполне доступна.

Псевдогаллюцинации при закрытых глазах (тип «в») мы рассматриваем как переходный феномен между гипнагогическими псевдогаллюцинациями и псевдогаллюцинациями. Наблюдали мы их только у больных шизофренией.

С иллюзиями и галлюцинациями 8-й группы второго отдела граничат некоторые виды функциональных и рефлекторных галлюцинаций. Однако большинство этих феноменов патогенетически и психопатологически ближе к галлюцинозам 9-й и галлюцинациям 10-й групп, поэтому рассматриваются они в начале третьего отдела классификационной шкалы.

* * *

Последующие третий и четвертый отделы классификационной таблицы включают истинные и псевдогаллюцинации. Те и другие отличаются от иллюзий и галлюцинаций второго отдела от-

сутствием при них помрачения сознания, а от феноменов обоих предшествующих отделов — постепенно нарастающим нарушением мышления.

Следовательно, ряд галлюцинаторных феноменов, имеющих внешнее сходство с истинными и псевдогаллюцинациями, но развивающихся при помрачении сознания, относятся соответственно не к третьему (9—10-я группы) или четвертому (11—12-я группы) отделам, а ко второму (5—7-я группы), что имеет существенное диагностическое значение.

Повторим еще раз, что галлюцинации, характеризующиеся так же, как, например, истинные, яркостью, чувственностью, реалистичностью, имеющие экстрапроекцию, связанные с предметами, а также явлениями объективного окружения и воспринимаемые больными как реально существующие, но возникающие при помрачении сознания, рассматриваются нами в качестве галлюцинаций помраченного сознания (7-я группа), а не истинных галлюцинаций (9—10-я группы).

Также галлюцинациями помраченного сознания (7-я группа) названы галлюцинаторные феномены, характеризующиеся, подобно псевдогаллюцинациям, интрапроекцией, но возникающие при помрачении сознания.

Входящие в третий отдел галлюцинозы и истинные галлюцинации, а в четвертый отдел — псевдогаллюцинации и психические галлюцинации имеют ряд кардинальных патогенетических и феноменологических различий. Во второй главе эти различия были показаны по их отношению к некоторым критериям клинической оценки галлюцинаторных феноменов.

Глава пятая

Галлюцинозы—функциональные, рефлекторные, истинные и истинные галлюцинации

(Третий отдел шкалы классификации)

Третий отдел классификационной шкалы объединяет галлюцинаторные феномены, которые принято называть истинными галлюцинациями. Он разделяется нами на две группы:

— галлюцинозы (9-я группа);

— истинные галлюцинации (10-я группа).

9-я группа: галлюцинозы функциональные, рефлекторные, истинные — вербальные, зрительные, тактильные.

Руководствуясь приведенным во 2-й главе определением термина «галлюциноз», мы относим к галлюцинозам 9-й группы феномены, отличающиеся возникновением при непомраченном, но измененном в несколько большей степени, чем при истинных галлюцинациях, сознании, и не сопровождающиеся бредом или опережающие появление сюжетно связанного с ними бреда. Для галлюцинозов 9-й группы характерны меньшая и менее стойкая, чем при истинных галлюцинациях, связь с патологическим нарушением мыслительного процесса, а также иное состояние критики, эмоционального сопровождения, соотношения с бредом и др.

В 9-й группе перед истинными галлюцинозами рассматриваются функциональные и рефлекторные галлюцинозы. Они разнообразны по классификационной принадлежности и частично представляют психопатологические образования, промежуточные между феноменами 8-й и 9-й групп.

Отставание во времени возникновения бреда от появления галлюцинаций может быть самым различным. Указанные различия зависят не только от формы психического заболевания, но также от темпа его развития, преморбидных особенностей личности и рецепторной принадлежности галлюциноза (так, за вербальным галлюцинозом бред следует быстрее).

Функциональные и рефлекторные галлюцинации патогенетически и феноменологически неоднородны. Одни из них возни-

кают при большем нарушении сознания и правомерно относятся к 7-й или 8-й группам. Другие — ближе к галлюцинозам, галлюцинациям или псевдогаллюцинациям.

Между некоторыми вариантами, типами функциональных и рефлекторных галлюцинаций нельзя найти существенных патогенетических различий. Однако наблюдаются галлюцинации, причисляемые к функциональным и принципиально отличающиеся от близких к ним по некоторым признакам рефлекторных.

Зрительные функциональные галлюцинации, как правило, характеризуются признаками, присущими феноменам 8-й группы.

Вербальные функциональные галлюцинации нередко ближе по своему проявлению к галлюцинозам. Один из видов рефлекторных галлюцинаций, как мы увидим ниже, соответствует феноменам 8-й группы. Остальные правильнее относить к истинным галлюцинациям и псевдогаллюцинациям (10—12-я группы). Приведенные особенности делают сложной психопатологическую квалификацию функциональных и рефлекторных галлюцинаций. Квалификация эта все же важна для дифференциальной диагностики.

Поэтому нельзя признать обоснованным мнение авторов, которые предлагают объединить оба термина, не видя между ними принципиальной разницы. В равной степени нельзя присоединиться к психиатрам, категорически размежевывающим оба феномена.

Функциональные галлюцинозы (парейдолические) появляются на базе конкретного объективного раздражителя и связаны с ним по времени возникновения. Галлюцинаторный образ при галлюцинозе отличается от раздражителя не только по величине и форме, но может частично разобщаться с ним пространственно. Обычно речь идет о функциональных зрительных и вербальных обманах. Однако теоретически можно предположить наличие также тактильных, вкусовых и обонятельных функциональных галлюцинозов.

Основное отличие функционального галлюциноза от иллюзии (включая парейдолическую — К. Ясперс, 1923) состоит в том, что кажущийся образ при галлюцинозе, возникнув в связи с конкретным объектом, далее существует параллельно с ним без пространственного совмещения. Иллюзия, также возникнув на базе конкретного объекта, далее совмещается с ним пространственно, неотделима от него.

Если иллюзорный образ всегда существует, пока воспринимается конкретный объект, то образ функциональной галлюцинации не всегда исчезает с исчезновением вызвавшего его объекта. При этом функциональная галлюцинация возникает всегда в рецепторной системе, на которую действует раздражитель.

При функциональном зрительном галлюцинозе галлюцинаторный образ видится на месте зрительного раздражителя (действительного объекта), закрывает, замещает его, выходит за его контуры, но обычно неподвижен и имеет плоскостное оформление.

Сложность психопатологической квалификации функциональных зрительных галлюцинозов, характеризующихся непомраченным сознанием, состоит в том, что близкие по особенностям возникновения феномены наблюдаются при помрачении сознания. Отмечаются они вечером или ночью, чаще при наличии психогении, аффекта страха, гнева и т. д. Сочетание изменения или помрачения сознания и аффекта страха создает наиболее благоприятные условия для возникновения зрительных галлюцинаций, феноменологически близких к функциональным. Поэтому они нередко встречаются при алкогольных психозах.

Функциональный вербальный (К. Кальбаум, 1866) галлюциноз заключается в том, что, наряду с реальным звуковым раздражителем (стуком колес, шумом ветра) возникает «голос», слышимый параллельно, одновременно со звуком-раздражителем, не замещая, не изменяя его подобно иллюзии, а сосуществуя с ним (А. В. Снежневский, 1968). Функциональные вербальные галлюцинозы обладают всеми свойствами, указанными выше в отношении функциональных зрительных галлюцинозов, но сопровождаются меньшим, чем они, изменением сознания. Их не всегда удается четко квалифицировать. Одни из них не связаны с бредом, сопровождаются критическим отношением и феноменологически ближе к истинным галлюцинозам (набл. 115, 117), другие — присоединяются к бреду или интерпретируются по-бредовому и ближе к галлюцинациям (набл. 116, 118), третьи — сходны с псевдогаллюцинациями (набл. 119, 120).

115. Больной Т. К., 33 года.
Диагноз: шизофрения, рекуррентная форма.
Болен с 24 лет. Поступил по поводу третьего приступа. Предыдущие приступы заканчивались хорошей ремиссией.
В статусе: депрессивен. Высказывает необоснованное опасение, что его уволят с работы. Спит плохо, испытывает слуховые галлюцинации: в тиканье стенных часов слышит четкий женский голос, приказывающий: «Оденься, разденься». Голос не совпадает с ритмом часом, слышится то с большими, то с меньшими промежутками. Уйдя в другую палату, перестает слышать тиканье часов и голос. К галлюцинаторным переживаниям критичен.

Функциональные галлюцинации, сопровождающиеся бредом и некритичностью больного, не обязательно связаны единым содержанием с другими галлюцинациями или псевдогаллюцинациями и бредом, но их тематическая направленность близка к сюжету перечисленных феноменов.

116. Больная Т. Б., 63 года.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Больна с 35 лет. Стационируется относительно редко. Поступила шестой раз по поводу очередного обострения. Высказывает отрывочные бредовые идеи преследования и особого значения. Жалуется на то, что ее голову уже давно используют неизвестные ей бывшие муж и жена. Они разведены и их переговоры больная слышит внутри головы.

В последние годы периодически в часах слышит мужской голос, он грозится, ругает, изредка хвалит. Голос бывает то более, то менее громким. Больная реагирует на него по-разному: нередко возмущается, сердится и тогда останавливает часы — «чтобы не ругал». Не критична к галлюцинаторным переживаниям.

При сравнении особенностей, отмечаемых у одного и того же больного в отношении вербальных галлюцинаций и функциональных вербальных галлюцинозов, удается установить различия эмоционального сопровождения и критического отношения к ним галлюцинанта.

Так, нередко можно констатировать благодушное, с элементами любопытства и вполне критичное отношение больного к функциональным галлюцинозам, при одновременной отрицательной эмоциональной реакции и отсутствии критики к другим галлюцинациям.

117. Больная Н. Н., 58 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма, осложненная травматической болезнью.

Больна примерно с 30 лет. Заболевание протекает непрерывно с обострениями. В 35 лет — черепно-мозговая травма.

В клинической картине: отмечаются нарушения интеллекта, включающие снижение памяти, формальных способностей и одновременно склонность к резонерству, паралогичность суждений. В течение многих лет испытывает вербальные галлюцинации: за стеной, за дверью, у дома слышит разговоры неприятного содержания, стремится выяснить, кто говорит, ищет его. Высказывает бредовые идеи особого значения. При самом тщательном обследовании не удается установить сюжетную связь между бредом и галлюцинациями или обнаружить какой-либо намек на бредовую интерпретацию галлюцинаций. Очень часто в шуме льющейся из крана воды возникает мужской «голос». Шум воды и «голос» слышатся одновременно. «Голос» читает какой-то текст, стихи или тихо поет. Слуховые обманы прекращаются при закрывании крана.

Содержание галлюцинаций не имеет отношения к больной, не вызывает у нее неприятного чувства. Наоборот, это явление нравится ей. Она по нескольку раз открывает и закрывает кран, чтобы «послушать галлюцинации». Проявляет к ним критику, отличает от других вербальных обманов.

Содержание функциональных галлюцинозов не всегда безразлично для больных, даже несмотря на наличие полной или частичной критики к ним.

118. Больной О. О., 37 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

При выраженном интеллектуальном и эмоциональном дефекте периодически возникают обострения, во время которых усиливается психотическая симптоматика, отмечаемая всегда. Так, чаще, чем обычно, видит внутри головы насильственно возникающий «божий лик». В самом начале обострения на фоне растерянности появляются своеобразные иллюзии ложного узнавания: в окружающих людях узнает лица и фигуры, сходные, идентичные с его лицом и фигурой.

Нередко, особенно в период обострения отмечаются функциональные галлюцинации: прислушиваясь к диалогу 2—3 знакомых или незнакомых людей, слышит сопутствующий этому диалогу дополнительный «голос». Этот «голос» имеет прямое отношение к больному, обращен к нему, говорит о нем. Исчезает он, как только умолкают действительные собеседники. Больной неприязненно реагирует на появление «голоса», хотя частичная критика к нему имеется.

Наряду с функциональными вербальными галлюцинозами и галлюцинациями изредка встречаются функциональные вербальные псевдогаллюцинации, при которых в ответ на звук-раздражитель возникают голоса с интрапроекцией.

119. Больной А. Б., 33 года.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Из анамнеза: болен с 8—9 лет. С этого времени периодически, каждые 2—3 года возникают психотические приступы с идеями отношения, плохим настроением. Лет с 18 присоединилось «звучание мыслей» (собственная мысль имеет сенсориальную окраску). В 25—26 лет появились вербальные псевдогаллюцинации в виде слышимого внутри головы голоса неопределенной интонации (низкий женский или высокий мужской), говорящего о том, что больной должен погибнуть, умереть. Содержание псевдогаллюцинаций на протяжении 7 лет чрезвычайно однообразно. Около 2 лет отмечает псевдогаллюцинации, имеющие характер функциональных.

В статусе: достаточно доступен, фон настроения понижен, склонен к резонерству, степень интеллектуального дефекта невелика. Сообщая анамнестические сведения и рассказывая о психических переживаниях, проявляет к ним частичную критику. «Звучание мыслей» в настоящее время отрицает. Умываясь, наливая воду в стакан или моя посуду, одновременно с журчанием воды слышит плач ребенка, интонации которого похожи на его собственный голос. Не может разобраться, слышит он все это внутри головы или внутри ушей. Понимает, что ему кажется.

Псевдогаллюцинаторный характер функциональных обманов и их вербальное оформление в виде слов и фраз бывают еще более выражены, чем в предыдущем наблюдении, и тогда сопровождаются менее критичным к ним отношением.

120. Больная И. В., 36 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Больна с детства. Первое стационирование в 15 лет. Тогда были слуховые и зрительные истинные галлюцинации: из вентиляционного отверстия раздавался обращенный к ней голос сестры, видела человека, стоящего в комнате. В момент галлюцинирования верила в действительность происходящего. В 30 лет перенесла тяжелый грипп с последующим арахноидитом.

В статусе: общительна, охотно рассказывает о своих переживаниях. В различных шумах (шелесте бумаги, звуке льющейся воды, шагах, телефонных звонках) слышит обращенные к ней слова и короткие фразы — «сиди», «никуда не ходи» и т. д. Не может разобраться, слышит она все это ушами или «мыслью». Склоняется ко второму предположению. Отказывается дать оценку «голосу», не знает, мужской он или женский. Возникает он одновременно с воспринимаемым действительным звуком и исчезает с прекращением этого звука.

В пятнах, подтеках, выбоинах стены видятся лица, морды. Такие же лица, морды и маленькие, «ни на что не похожие» зверушки видятся на полу. Зрительные образы плоскостные, беззвучные, неподвижные. Лица как будто без мимики, хотя больная считает, что они над ней смеются. Критика неполная: знает, что больна и «кажется все от болезни», но о «голосе» говорит в третьем лице: «он ругается».

Рефлекторными галлюцинациями (К. Кальбаум, 1866) принято называть три различных по своему существу и проявлению галлюцинаторных феномена, включаемых нами в разные классификационные группы.

К первому из них относятся галлюцинаторные переживания, возникающие в одной рецепторной системе при раздражении другой. Например, при вспышке света больной слышит галлюцинаторный голос или при звучании музыки видит галлюцинаторный образ женщины. Это — галлюциноз, он может быть назван синестезическим (9-я группа). Галлюцинации этого типа всегда имеют экстрапроекцию, обладают яркостью и четкостью, но не всегда реалистичны и могут видеться плоскостными в 2 измерениях или объемными — в 3 измерениях.

121. Больная Н. Б., 49 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза (ревматизм, травма).

С 15 лет страдает ревматическим полиартритом. Перенесла две тяжелые атаки. Стационировалась по поводу ревмокардита. В 20 лет после черепно-мозговой травмы диагностировали травматический арахноидит. Алкоголь не употребляет.

В статусе: интеллект снижен по органическому типу. Раздражительна, эксплозивна. Временами возникает слуховая гиперестезия: обычные звуки (скрип открывающейся двери, шаги, разговор) кажутся преувеличенно громкими. В течение 5 последних лет отмечает зрительные обманы, появляющиеся одновременно с продолжительным, громким звуком. Так, например, когда по улице проезжает груженная рельсами машина или низко летит самолет, перед глазами возникают какие-то знакомые или незнакомые лица «в виде портретов». Все исчезает по прекращении звука. В момент галлюцинирования очень волнуется, боится сойти с ума. К галлюцинаторным переживаниям относится критично.

Второй тип рефлекторных галлюцинаций, как их толкует В. А. Гиляровский (1938), заключается в том, что у больного возникает четкий громкий голос, пение, музыка где-то в собственном животе, груди или голове при действительном восприятии реального голоса, пения, музыки. Эти галлюцинации, как правило, слуховые, могут слышаться ушами — 10-я группа (если они доносятся, например, из живота), но могут слышаться мозгом. В последнем случае они обладают особенностями псевдогаллюцинаций (11-я группа).

В следующем наблюдении показаны рефлекторные псевдогаллюцинации и возникающие наряду с ними психические галлюцинации, которые можно квалифицировать как функциональные.

122. Больной Н. Б., 45 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Болен с 21 года.

В статусе: выраженный шизофренический дефект. Достаточно актуальные бредовые идеи преследования и особого значения. Отмечаются своеобразные галлюцинаторные переживания: при включении радиоприемника музыка или пение слышатся больным одновременно ушами и внутри головы.

При выключении — больной сначала перестает слышать музыку ушами, а затем исчезает звучание в голове. Кроме того, при включении станка (больной работает в специальном цеху для инвалидов) у него насильственно появляются мысли, не имеющие отношения к работе и к его собственным мыслям. Это слова, обрывки фраз или целые фразы, «неизвестно откуда взявшиеся», но «пульсирующие в мозге» беззвучно. К галлюцинаторным переживаниям относится спокойно. Формально объясняет их болезнью, но активной критики не проявляет.

Крайне редко встречающимся вариантом рефлекторных галлюцинаций второго типа можно считать рефлекторные тактильные и зрительные псевдогаллюцинации, возникающие одновременно с объективным слуховым или зрительным раздражителем.

123. Больной Д. П., 29 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен около 9 лет.
В статусе: наряду с выраженным нарушением мышления (трудность сосредоточиться, чувство пустоты в голове) и отрывочными идеями преследования бывают крайне неприятные переживания: при тиканье будильника больной ощущает, что у него вылезают волосы. Ощущение это появляется, если в комнату вносят будильник, и исчезает, когда его выносят. При этом очень реалистично чувствует, как волосы отделяются от головы и видит «мозгом, а не глазами» высвободившиеся из кожи головы волосяные луковицы. К переживаниям относится пассивно, с критическими сомнениями.

При третьем типе — появление одних галлюцинаций, например, зрительных, побуждает к возникновению другие, например, слуховые, или при появлении истинных галлюцинаций возникают псевдогаллюцинации, психические галлюцинации и т. п.

124. Больная Ю. Ю., 20 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
С 13 лет испытывает неприятное навязчивое чувство пережитого продолжительностью 15—20 минут: например, во время беседы с подругами возникает ощущение, что их фразы и собственные высказывания в прошлом уже говорились наяву или во сне. Однажды, когда больной было 15 лет, подойдя к зеркалу, чтобы поправить прическу, вместо отражения своего лица увидела неприятное мужское лицо, испугалась, убежала.
В статусе: избирательно общительна, достаточно доступна; депрессивна. Более месяца периодически, в разное время дня, внезапно начинает слышать ушами популярную музыку и пение на английском и русском языках. Звуки доносятся откуда-то сверху, иногда слышится разговорная речь. Высказывает отрывочные нестойкие идеи отношения, не связанные с галлюцинаторными переживаниями. Сообщает, что недели две назад стала замечать необычное для себя явление: одновременно с возникновением пения и голосов, слышимых ушами, те же самые галлюцинации появляются внутри головы и слышатся в мозге. В момент галлюцинирования пытается разобраться, что с ней, встревожена. По прекращении галлюцинаций проявляет к ним формальную критику.

Приведенные наблюдения в известной степени совпадают с наблюдениями ряда психиатров.

Так, С. С. Корсаков (1913) называет рефлекторные галлюцинации «вторичными галлюцинациями», полагая, что они могут локализоваться в

пространстве и внутри головы. С. М. Корсунский (1936), соглашаясь с В. Майер-Гроссом, считает звучание мысли синестезическим феноменом, в который переходят рефлекторные галлюцинации.

Рефлекторный кинестетический (А. Крамер, 1889) галлюциноз выражается в том, что, когда больной слышит чужую речь, он насильственно, непроизвольно совершает движения языком, губами соответственно этой речи.

Психически здоровые люди иногда при восприятии речи с каким-либо дефектом (заикание, хриплая речь) пытаются «помочь» движениями собственного речевого аппарата, но эти действия в отличие от галлюцинаторных произвольны и легко корригируются. Кинестетический галлюциноз, возникая иногда произвольно, не может произвольно подавляться и носит насильственный, мучительный характер.

Наши наблюдения подтверждают, что рефлекторный кинестетический галлюциноз может возникать не только в ответ на внешний раздражитель, но, по аналогии с 3-м вариантом рефлекторных галлюцинаций, и в ответ на собственные галлюцинаторные или псевдогаллюцинаторные переживания.

Истинные галлюцинозы. В психиатрической литературе термин «галлюциноз» нередко отождествляется с термином «вербальный галлюциноз» (причем, как правило, имеется в виду хронический алкогольный вербальный галлюциноз). Связано это с тем, что вербальный галлюциноз встречается наиболее часто. Однако тактильный и оптический галлюцинозы можно наблюдать значительно чаще, чем принято думать. Эти галлюцинозы мы рассматриваем перед вербальными. Такой порядок внутригруппового расположения обусловлен тем, что тактильный и оптический галлюцинозы сопровождаются большей степенью изменения сознания*.

При описании галлюцинаторных феноменов 3-й группы много внимания было уделено так называемым органическим зрительным галлюцинозам. Эти галлюцинозы, обладая перечисленными ранее признаками, как правило, не ассимилируются объективным окружением. В отличие от них, зрительные галлюцинозы 9-й группы характеризуются всеми признаками истинных галлюцинаций, включая ассимиляцию объективным окружением.

Точку зрения, согласно которой в число зрительных галлюцинозов входят только органические галлюцинозы Лермитта и Шарля Бонне, либо феномены, возникающие при помрачении сознания, мы не разделяем. Нами неоднократно наблюдались больные, у которых истинные зрительные галлюцинации возникали при непомраченном сознании, сохранной критике, отсутствии бреда и других признаках, отвечающих понятию «галлюциноз».

---

* Изменения, а не помрачения.

Зрительный галлюциноз встречается при психопатии, травматической болезни, остаточных явлениях перенесенного в прошлом менингоэнцефалита. Нередко при нем выявляются истерические черты характера больного, но без истерического помрачения сознания.

125. Больной Б. Б., 21 год.

Диагноз: психопатия.

В статусе: склонность к ипохондрическим переживаниям, сохранность мышления и критики. Повторяющиеся однотипные галлюцинаторные эпизоды: неожиданно в воспринимаемом пространстве видит человека, образ которого реалистичен, ярок, но быстро исчезает. Так, вчера вечером поругался с женой, а сегодня утром по дороге на работу увидел человека, стоящего на железнодорожных путях перед идущим поездом. Сначала испугался, а затем понял, что показалось, подошел ближе и убедился в этом. После каждого подобного эпизода отмечается чувство утомления, нездоровья.

Иногда зрительный галлюциноз отмечается у больных, страдающих органическим заболеванием мозга и склонностью к эпизодическому употреблению алкоголя. Причем галлюцинаторные эпизоды возникают не в состоянии опьянения или непосредственно после него, а через 1—2 дня. Симптомов абстиненции при этом не бывает и доза принимавшегося алкоголя очень незначительна.

126. Больной Н. О., 23 года.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В детстве перенес коревой энцефалит и тяжелую черепно-мозговую травму. Алкоголь (красное вино) употребляет очень редко, в малых дозах.

В статусе: память и формальные способности ослаблены, тип мышления преимущественно конкретный, с замедлением темпа, но без ассоциативных нарушений. Больной вяловат, жалуется на головные боли, подавленное настроение. Слабодушен. Временами ощущает страх в темноте, опасается, что «кто-то стоит сзади». Однажды сидел на скамейке с девушкой. Внезапно перед собой увидел незнакомого человека, угрожающего кулаком, сразу же понял, что ему показалось, но бросился бежать. Вернулся и пытался «как-то объяснить свой поступок, вывернуться».

При органическом заболевании мозга зрительный галлюциноз нередко возникает в темноте вечером или ночью, но вне связи со сном. Такие галлюцинаторные эпизоды трудно дифференцировать с галлюцинациями, возникающими при фазовых состояниях.

127. Больная Л. Г., 56 лет.

Диагноз: церебральный атеросклероз.

В статусе: превалирует неврологическая симптоматика (головные боли, головокружения, ощущение, что плывет кровать, неустойчивость походки с «толчками вправо», тошнота). Имеется ипохондрическая фиксация.

Дважды перенесла галлюцинаторные эпизоды. Как-то вечером увидела лежащего на диване человека. Подошла ближе, но видение пропало. Другой раз — в темноте между собой и окном (больная при этом лежала) увидела фигуру священника в черной рясе. Включила настольную лампу, и все исчезло.

В момент галлюцинирования испытывает страх, хотя понимает, что «кажется». Затем остается лишь опасение за состояние здоровья.

Зрительный галлюциноз, так же как другие зрительные галлюцинации, преимущественно связан с вечерним временем. Отличает его сохранность критики и изолированность от какой-либо иной психопатологической симптоматики. Возникновение зрительных галлюцинозов в пубертатном возрасте — явление относительно более частое.

128. Больная И. К., 41 год.

Диагноз: остаточные явления перенесенного в детстве параинфекционного энцефалита.

В 4 года перенесла инфекционный паротит. В 13 лет — в течение года зрительные и слуховые обманы, всегда однотипно повторяющиеся: вечером, сразу же после того, как больная ложилась в постель, открывалась дверь и в комнату входил рыжий человек. Он садился на стул, стоящий около стола, и беседовал с больной. Двигался оживленно, голос слышался четко, его глаз и выражения лица она не помнит, не может сказать, мужчина это был или женщина. В период галлюцинирования оставалась спокойной. Все время понимала, что ей кажется. Испытывала интерес. Галлюцинаторный образ исчезал, если садилась на кровать или кто-либо входил. С 13 до 40 лет подобные галлюцинации не повторялись. Недавно вновь появились обманы зрения, всегда однотипные: внезапно вечером видит рядом с собой кошку — сидящую, стоящую или пробегающую. На галлюцинации реагирует спокойно. Всегда понимает, что ей кажется. Интеллект снижен по органическому типу.

У больных шизофренией с присоединяющимся органическим или алкогольным отягощением зрительный галлюциноз изредка наблюдается наряду с другими галлюцинациями или бредом. Однако галлюциноз при этом бывает отделен от остальной психопатологической симптоматики, не имеет с ней какой-либо сюжетной связи. Мы наблюдали у больного шизофренией, в прошлом злоупотреблявшего алкоголем, отрицательные зрительные галлюцинации. Эти галлюцинации отвечали всем признакам галлюциноза и были изолированы от остальной галлюцинаторно-параноидной симптоматики.

129. Больной К. Г., 38 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

До 35 лет злоупотреблял алкоголем. Около 3 лет алкоголь не употребляет. За это время дважды стационировался по поводу приступов шизофрении. В начале каждого приступа были страх, тревога, кого-то боялся, убегал, прятался, считал, что группа соседей по дому разыскивает его с враждебной целью. В дальнейшем оставался замкнутым, неразговорчивым, подозрительным. С работой слесаря справлялся хорошо.

Без критики и видимого интереса относится к перенесенным параноидным приступам. Критичен лишь к одному галлюцинаторному эпизоду, имевшему место накануне поступления в больницу: встретив товарища по работе, протянул ему для пожатия руку и внезапно заметил, что рука эта от плеча до кисти не видна, как бы отсутствует, хотя он ее чувствует. Возник страх, но понимал, что ему кажется.

Отметим, что при зрительном галлюцинозе галлюцинаторные образы обычно ярки, иногда красочны, иногда в виде картин, нередко лишены объемности, видятся они с четкими очертаниями деталей (морщины на лице, цвет лица, выражение глаз

и т. д.). Например, мы наблюдали больную шизофренией с бредом физического воздействия, которая без критики относилась к «видениям флюидов, направляющихся на нее радиостанцией», и вместе с тем с полной критикой, интересом, любопытством разглядывала «видения» проецирующихся на стену картин, изображавших рыцарей на красивых конях, в латах, шлемах, с копьями и т. д.

Тактильный галлюциноз — яркое, чувственное осязательное переживание, обычно не сопровождающееся бредом или, реже, предшествующее сюжетно связанному с галлюцинозом бреду. Тактильный галлюциноз приближается по клинической характеристике к тактильным галлюцинациям, входящим в структуру синдромов помраченного сознания (в частности делириозного). От делириозных тактильных галлюцинаций тактильный галлюциноз отличается отсутствием помрачения сознания, меньшей брутальностью и наличием элементов критики. Он обычно наблюдается при органических заболеваниях мозга или шизофрении с органическим отягощением, чаще всего вечером или ночью (набл. 61).

Вербальный галлюциноз характеризуется четкостью, естественностью. Иногда он возникает в виде наплыва навязчивых, повторяющихся, интенсивных слуховых обманов.

При вербальном галлюцинозе больной по тональности голоса может высказать убеждение не только о принадлежности говорящего к тому или иному полу, но и о его возрасте.

Вербальный галлюциноз с затяжным течением обычно ослабевает при какой-либо деятельности и усиливается в состояниях, характеризующихся преобладанием тормозного процесса.

Для хронического галлюциноза типична его исключительная стабильность, малая динамика при действии раздражителей, обычно только ослабляющих его интенсивность. Характерна также тенденция к рецидивам под влиянием неспецифических вредностей.

Вербальный галлюциноз в виде окликов или отдельных слов может возникать в любое время суток. Он сопровождается различной по интенсивности эмоциональной реакцией больного (нередко с элементами привыкания к слуховым обманам), при типичной для галлюцинозов сохранности критики, отсутствии бреда и непомраченном сознании.

130. Больная Н. М., 47 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

Перенесла повторные черепно-мозговые травмы в 33 и 43 года. В течение последних 3—4 лет отмечаются признаки нарастающего церебрального атеросклероза.

В статусе: вполне доступна, синтонна, склонна к эксплозивным реакциям, слабодушна. Отмечает головные боли, головокружения, кратковременные состояния, при которых теряет ориентировку. Память и формальные способности резко ослаблены. Иногда, обычно во второй половине дня, четко, ясно

с противоположной стороны комнаты слышит слово «мама», произнесенное негромким детским голосом. Привыкла к этому. Понимает, что ей кажется, вполне критична. Обманы слуха связывает с болезнью.

Слуховые обманы, квалифицируемые в качестве галлюциноза, могут в момент галлюцинирования сопровождаться выраженной аффективной реакцией, чаще всего обусловленной необычностью переживания, оценкой его как проявления болезни и страхом развития болезни. Нередко аффективная реакция сопровождает галлюциноз, возникновение которого в большей или меньшей степени связано с психогенией и напоминает о ее содержании.

131. Больная Е. О., 54 года.

Диагноз: органическое заболевание мозга с эпилептиформными состояниями.

В 39 и 41 год перенесла очень тяжелый грипп. Много лет работает в цеху с вредными условиями труда (имеет дело с химикатами). С 46 лет отмечает головные боли, раздражительность. Изредка теряет сознание, падает, но судорог не бывает. Однажды при таком падении сломала плечо. Бывают состояния нарушенного сознания, во время которых «неизвестно каким образом» попадает не туда, куда направляется. Разговаривая, иногда «теряет мысль», не помнит, о чем шла речь и говорит невпопад.

Однажды потеряла ориентировку, дошла до какого-то ручья, увидела в воде отражение своего лица «с большой бородой»; испугалась. Около 7 лет назад начала конфликтовать с соседкой, которая всячески ругала ее, устраивала скандалы. В прошлом году поменяла квартиру. Соседка по новому месту жительства и сослуживцы относятся к больной хорошо. У больной никаких бредовых идей не отмечалось. Уже несколько лет ясно, четко, в экстрапроекции слышит голос первой соседки, она ругает больную, говорит: «Ты не так сделала, не туда пошла». При этом больная вспоминает все неприятности, связанные с бывшей соседкой, расстраивается, плачет. Характер галлюцинаторных переживаний с годами не меняется. Понимает, что больна, что голос соседки ей кажется, но всегда эмоционально реагирует на галлюцинаторные переживания. Бредовой интерпретации слуховых обманов нет. Мышление связное, последовательное, конкретное. Интеллект снижен по органическому типу.

Степень критичности к галлюцинаторным переживаниям при галлюцинозе меняется от полной сохранности критики перед, во время и после галлюцинирования до ее ослабления или утраты в момент галлюцинирования. Такое ослабление или утрата критики обычно обусловлены реалистичностью, естественностью галлюцинаторных голосов и вызываемой содержанием галлюцинаций аффективной реакцией. При этом отрицательная реакция на сюжет галлюцинаций в отдельных случаях не снижает критики больного в период галлюцинирования.

132. Больной Х. Т., 43 года.

Диагноз: соматогенный психоз.

В течение 4 лет почти непрерывно болеет — перенес двустороннюю рецидивирующую пневмонию, тяжелый спастический колит, лекарственную аллергию. Длительное время недосыпал в связи с болезнью жены, которая умерла 6 месяцев назад. Не может установить, до или после смерти жены стали слышаться оклики и отдельные фразы: незнакомый мужской голос со стороны называет по имени или фамилии, спрашивает у больного, не

повеснлся ли он еще. На протяжении 6 месяцев характер галлюцинаций не меняется. Возникают они вечером или ночью, но всегда при бодрствующем состоянии больного. Никогда не приобретают сверхценной или бредовой интерпретации. В момент галлюцинирования испытывает тревогу, неприятное ощущение, страх, «портится настроение». Однако критика все время не нарушена. Понимает, что болен.

Нередко в момент галлюцинирования критика значительно ослабляется, а по прекращении галлюцинаций восстанавливается. Ослабление критики в момент галлюцинирования всегда сопровождается выраженным аффектом (обычно гнева, страха), вызванным не столько фактом появления галлюцинаций, сколько неприятным больному содержанием галлюцинаторного сюжета. Так, наш больной хроническим алкогольным галлюцинозом весьма яростно выкрикивал ругательства в адрес тещи, бранящий голос которой слышал. После отвлечения вполне критично оценивал галлюцинации и свою реакцию на них.

Степень восстановления критики после галлюцинирования зависит не только от сюжета галлюцинаций, но также от уровня снижения интеллекта.

133. Больная В. Г., 37 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В детстве перенесла менингоэнцефалит, после которого диагностировалась гидроцефалия. Училась плохо. В 31 год — черепно-мозговая травма с потерей сознания, рвотой. В дальнейшем частые, сильные головные боли. В 32 года впервые появились слуховые и зрительные галлюцинации: как-то вечером, внезапно услышала за входной дверью отчетливый громкий мужской голос, говоривший, что он отравит или задушит больную. Очень испугалась, через «глазок» увидела мужчину, стоявшего перед дверью. В безотчетном страхе открыла дверь, но там никого не было. Успокоилась не сразу. Подобные слуховые и зрительные обманы повторялись несколько раз.

Изредка бывают другие слуховые обманы. В момент их восприятия почти всегда верит в их действительное существование. При этом, чем содержание «голосов» более угрожающее, тем больше возникающий страх и вера в их реальность. Иногда слышит голос матери, обычно предупреждающий, но не сразу. Подобные слуховые и зрительные обманы повторялись несколько раз, устрашающий. Сомневается в его действительности. Проверяет, нет ли поблизости матери. Интеллект снижен, знает, что больна, но никак не может осмыслить, каким образом «так по-настоящему все слышится и видится».

В отдельных случаях у одного и того же больного удается сопоставить галлюцинации, имеющие различную феноменологическую характеристику и генез. Например, мы наблюдали вербальный галлюциноз у больных, у которых шизофренический процесс со слуховыми галлюцинациями осложнялся экзогенией (травмой или алкоголизмом). При этом отмечавшиеся до алкоголизма галлюцинации обычно имели бредовое сопровождение, а присоединяющийся экзогенный галлюциноз воспринимался с большей или меньшей степенью критичности.

Однако четкое отличие шизофренических и экзогенных галлюцинаций удается установить не всегда. По-видимому, присоединяющееся экзогенное заболевание может вызывать патомор-

фоз бывших ранее шизофренических галлюцинаций, а шизофренический дефект — влиять на галлюцинации экзогенной природы.

В этой связи особый интерес представляет приводимое ниже наблюдение над больной, страдающей давним шизофреническим процессом (со зрительными, слуховыми галлюцинациями, дистимическими расстройствами) и присоединившимся алкоголизмом. Кроме «смягчения» основного шизофренического процесса, присоединение алкоголизма обусловило появление новых по характеру галлюцинаций, феноменологически близких к вербальному галлюцинозу, но сопровождающихся бредом нелепого содержания, аффектом и последующей неполной формальной критикой.

134. Больная Т. Р., 55 лет.

Диагноз: шизофрения (паранойяльная форма), осложненная алкоголизмом.

Всегда отличалась от сверстниц, была застенчивой. В течение жизни периодически отмечаются спады настроения. С 17 до 40 лет эпизодически возникали зрительные обманы: внезапно рядом с собой видела девочку или незнакомого человека. Однажды на кровати рядом с собой увидела незнакомого «красавца-мужчину». Иногда слышала приглушенный, обращенный к ней «голос», идущий откуда-то сзади. Высказывала нестойкий паранойяльный бред. К галлюцинациям относилась безразлично, не задумывалась над их происхождением.

Когда больной было около 40 лет, при очередном спаде настроения заметила, что после стакана вина настроение улучшается. Пристрастилась к вину. В течение примерно 10 лет пьет часто и помногу. Убеждена, что с тех пор, как начала пить, перестало «казаться» и прекратились колебания настроения.

Лет 7 назад появились слуховые галлюцинации иного характера. С этого времени слышит громкий, отчетливый голос, исходящий из левого плеча или левого локтя. Голос женский, похож на голос ее давно умершей тетки Марии. Вскоре присоединился бред: поняла, что тетка вселилась в нее, переходит от плеча к локтю и обратно. Испытывает страх, соглашается с тем, что не может кто-нибудь и, в частности, тетка, вселиться в плечо, но тут же повторяет бредовые высказывания.

После лечения критика к слуховым галлюцинациям и связанному с ними бреду восстановилась не полностью. Прежние галлюцинации расценивает как обманы зрения и слуха.

Квалификацию вербального галлюциноза в качестве «чистого галлюцинаторного феномена», то есть не сопровождающегося бредом, нельзя во всех случаях признать бесспорной. По-видимому, в ряде случаев галлюциноз возникает без бредового сопровождения, но обычно рано или поздно к нему присоединяется бред. Причем, как ранее указывалось, во всех случаях сюжет бредовых переживаний связан с содержанием вербального галлюциноза, полностью зависим от него. Такая зависимость особенно четко выявляется при новых приступах болезни после ремиссий. В этих случаях так же, как в дебюте болезни, сначала возобновляется галлюциноз, а затем бред. Часто бредовые высказывания отмечаются только в период галлюцинирования

и отсутствуют, когда нет галлюцинаций, то есть можно говорить о так называемом «галлюцинаторном бреде».

135. Больная В. Г., 56 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В детстве перенесла нейроинфекцию. С 40—42 лет страдает алкоголизмом.

Около 9 лет назад появились обманы слуха: мужские и женские голоса, ясные, доносившиеся с улицы через окно. Они были очень естественными, реалистичными, угрожали больной, комментировали ее действия. Года три назад больная поняла, что ее преследуют какие-то люди, хотят уничтожить. Все бредовые высказывания ограничивались только содержанием галлюцинаторных переживаний и за их рамки не выходили. Несколько раз прекращала на 9—10 месяцев употребление алкоголя. К концу этого срока галлюцинации и идеи преследования исчезали. При возобновлении алкоголизации галлюцинации становились более интенсивными и частыми, и вновь появлялся бред.

В статусе: вполне доступна, слабодушна, интеллект снижен по органическому типу, особенно страдают память и счетные функции, мышление малопродуктивное, без каких-либо признаков расстройства. Понимает, что больна, не критична только в период галлюцинирования.

Односторонний галлюциноз. К числу вариантов истинного галлюциноза можно отнести так называемый односторонний галлюциноз, то есть галлюцинации, слышимые одним ухом или видимые одним глазом и отвечающие всем признакам галлюциноза. Такие галлюцинации могут быть элементарными или полными, развитыми. Наиболее часто односторонний галлюциноз возникает при органических заболеваниях мозга и односторонних заболеваниях органов чувств.

С. Ф. Семенов (1965) описывает случай односторонних зрительных галлюцинаций у больного с огнестрельным ранением затылочной области. Больной наяву, сидя за столом и воспринимая все происходящее вокруг, видел только одним глазом уменьшенные образы из недавнего прошлого или из сновидений: себя едущим в лодке, бегущим и т. п. Возникновение зрительных обманов было непроизвольным.

А. Пик* сообщает о случае односторонней слуховой галлюцинации при органическом поражении головного мозга, сопровождавшемся гемианопсией и глухотой на слова.

В. П. Сербский (1906) анализирует односторонние слуховые галлюцинации, которые были связаны с заболеванием среднего уха и прекратились после излечения этого заболевания.

Односторонний зрительный галлюциноз встречается значительно реже вербального.

При этом, наряду с односторонними обманами, возникающими при непомраченном сознании, сохранной критике, без бредового сопровождения и т. д., то есть соответствующими понятию «галлюциноз», встречаются также односторонние, зрительные и слуховые обманы, которые можно отнести к односторонним истинным галлюцинациям (10-я группа).

Многочисленные наблюдения над больными с односторонним

---

* Цитируется по В. П. Осипову (1923).

вербальным галлюцинозом и односторонними галлюцинациями позволили предположить наличие зависимости локализации галлюцинаторных переживаний от состояния органов слуха и характера психического заболевания. Так, при органических заболеваниях мозга (сосудистого, травматического и особенно алкогольного генеза) и при одностороннем понижении слуха «голоса», квалифицируемые как галлюциноз, обычно слышатся на стороне пониженного слуха (набл. 136—138).

При односторонних галлюцинациях, возникающих в структуре шизофренического психоза у больных, перенесших поражение левого или правого слухового рецептора, «голоса», по нашим наблюдениям, слышатся здоровым ухом (набл. 139). Мы располагаем немногочисленными подобными наблюдениями и поэтому сделанные на их основании выводы могут рассматриваться только как весьма ориентировочные.

Односторонний вербальный галлюциноз чаще характеризуется локализацией «голосов» в воспринимаемом пространстве (набл. 136), хотя встречаются случаи, при которых вербальные обманы локализуются в самом ухе (набл. 137).

136. Больной М. Ж., 52 года.
Диагноз: церебральный атеросклероз.
В анамнезе: инфекционный арахноидит, правосторонний отит.
В течение нескольких лет больного беспокоит неприятное явление: в разное время суток он слышит правым ухом оклики по имени. Произносятся они негромко, разборчиво, незнакомым мужским голосом откуда-то с правой стороны. После каждого оклика пугается, думает, что «сошел с ума». Интеллект снижен. Слабодушен.

Вне зависимости от локализации «голосов» при галлюцинозе, они могут быть менее и более содержательными, от окликов и элементарных галлюцинаций до сложных, связанных тематически реплик и фраз. При хроническом алкогольном галлюцинозе тема галлюцинаций — всегда брань, угрозы, приказания.

137. Больной Л. К., 48 лет.
Диагноз: хронический алкогольный галлюциноз.
Во время скарлатины в 11 лет перенес правосторонний отит. Злоупотребляет алкоголем с 28 лет. В 45 лет стационировался по поводу белой горячки. В течение 2 лет периодически внутри правого уха слышит отчетливые мужские, женские голоса. Иногда громкие, иногда более тихие. «Голоса» бранят, угрожают, обращаются к больному, комментируют его действия. Вначале «голоса» больше слышались вечером, теперь бывают днем и утром. Левым ухом никогда «голосов» не слышал. Все эти годы продолжает злоупотреблять алкоголем Полгода назад после очередного запоя «голоса», которые обычно бывают в правом ухе, слышал в течение всего вечера и ночью в затылке (прямо внутри черепа, ближе к правому уху).
Тогда же виделось множество спящих людей, слышался храп. Больного «дергали», не давали покоя. Потом «выпил 200 и все прошло».

При одностороннем галлюцинозе так же, как при двустороннем, степень критичности к галлюцинаторным переживаниям находится в прямой зависимости от характера интеллектуаль-

ного снижения. Если у больного наряду с односторонним галлюцинозом имеются другие галлюцинации, то он более критичен к феномену одностороннего галлюциноза.

138. Больной Ф. П., 56 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

В 27 лет перенес черепно-мозговую травму и травматическое поражение левого уха. С 40—42 лет злоупотребляет алкоголем. В последние годы заметно снижается память, появилось слабодушие.

В статусе: левым ухом слышит достаточно разборчивые мужские и женские голоса. Доносятся они откуда-то со стороны двери или стены. Содержание «голосов» временами безразличное для больного, иногда недоброжелательное. К «голосам» привык, понимает, что болен и они ему кажутся. Испытывает своеобразные тактильно-слуховые обманы: слышит негромкий писклявый звук в воздухе, ловит его рукой и «раздавливает». Эти свои ощущения поясняет по-дементному, не понимая их нелепости.

Односторонние галлюцинации, наблюдаемые при шизофрении, как правило, тематически связаны с бредом, подтверждают в сознании больного его бредовую концепцию.

139. Больной К. Д., 40 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

С детства после какой-то инфекции очень плохо слышит правым ухом. Психически болен около 10 лет. Периодически возникавшие острые приступы психоза до сих пор заканчивались хорошей ремиссией с полным прекращением психотических переживаний.

В статусе: не критичен, несколько паралогичен, без видимой эмоциональной реакции говорит о своих переживаниях. Высказывает бредовые идеи преследования. Сообщает, что здоровым ухом слышит различные «голоса»: одни принадлежат руководителям советских органов разведки — они доброжелательные, сочувствующие; другие — враждебные, принадлежат руководителям иностранной разведки. Считает, что «голоса» наводятся специальными аппаратами только на здоровое ухо, так как передавать их на больное ухо бесполезно — «оно все равно ничего не слышит».

При полном многолетнем одностороннем отсутствии слуха, вне зависимости от характера психического заболевания (судя по нашим наблюдениям), «голоса» слышатся только здоровым ухом.

140. Больная Ф. Д., 29 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сосудистого генеза.

С рождения абсолютно не слышит левым ухом. Перенесла несколько атак ревматического полиартрита. Последние 4 года отмечаются редкие эпилептиформные припадки. Ревматические пробы периодически положительны.

В клинической картине: рассеянная неврологическая симптоматика, головные боли, головокружения с тошнотой и рвотой; вестибулярные расстройства («валится потолок», «плывет койка» и др.). Интеллект снижен, вполне доступна. Наряду с фотопсиями бывают элементарные зрительные обманы (мухи, летящие справа налево, пять шаров желтого цвета, стоящие перед глазами и исчезающие). Более года назад появились слуховые обманы: правым здоровым ухом слышит женский крик. Эти переживания расценивает в качестве болезненных. Подозрительна. По виду окружающих людей понимает, что они порицают, ругают ее. К паранойяльным своим высказываниям не критична.

Прежде чем перейти к подробному описанию истинных галлюцинаций, кратко остановимся на галлюцинаторных феноменах, которые (иногда, по нашему мнению, неправильно) причисляются к истинным. Это так называемые психогенные, аутосуггестивные, апперцептивные и реперцептивные, а также токсические и интероцептивные галлюцинации. Все перечисленные феномены обладают свойствами, которые характерны для галлюцинаций, относимых к разным классификационным группам. Их диагностическое значение весьма существенно.

Психогенным (4-я группа) и аутосуггестивным (6-я группа) галлюцинациям мы уделили ранее достаточно внимания.

Апперцептивными и реперцептивными галлюцинациями К. Кальбаум (1866) называет очень яркие «образы воспоминания», которые по четкости и пластичности приближаются к галлюцинациям. Вероятно, имеется в виду переходный феномен, приобретающий свойство галлюцинации с экстрапроекцией в представляемое пространство, но не утративший всех признаков представлений. Мы считаем более правильным апперцептивные галлюцинации Кальбаума относить к числу феноменов, патогенетически близких к визуализации представлений (5-я группа).

Токсические галлюцинации, возникновение которых этиологически связано с действием различных ядов, наркотиков и др., могут наблюдаться при непомраченном (9-я группа) и помраченном (7-я группа) сознании. При непомраченном сознании они обычно зрительные, окрашенные, с ощущением чуждости для больного и с элементами критического отношения. Они имеют большую четкость, ясность, контрастность, очерченность (В. В. Шостакович, 1935).

При помрачении сознания в большей или меньшей степени утрачиваются элементы критики и ощущение чуждости. Больной принимает участие в галлюцинаторной сценической композиции. Усиливаются яркость, отрывочность, нелепость галлюцинаторных переживаний. Они приобретают характер онирических, делириозных или аментивных (7-я группа).

Токсические галлюцинации непомраченного и помраченного сознания обычно имеют экстрапроекцию, но могут локализоваться в воспринимаемом или представляемом пространстве. К числу токсических следует отнести галлюцинации В. Маньяна (1893). Эти галлюцинации обычно возникают под воздействием кокаина и заключаются в ощущении под кожей какого-либо кристалла, насекомого или горошины, нередко с убежденностью в действительном их существовании (М. О. Гуревич, М. Я. Серейский, 1937).

Интероцептивные термические галлюцинации — патологические термические восприятия, локализующиеся в различных частях тела: в головном мозге, желудке, костях и т. д., ощущаемые с такой же чувственной ясностью, как реальные восприятия, а поэтому причисляемые к галлюцинациям (И. О. Нарбутович, 1959). Их нередко приходится дифференцировать с тактильными иллюзиями органического генеза (3-я группа) или с висцеральными галлюцинациями (10-я группа).

10-я группа: галлюцинации истинные (элементарные, вкусовые, обонятельные, тактильные, зрительные, аутоскопические, вербальные, антагонистические), иллюзии бредовые

В соответствии с основным принципом последовательного расположения феноменов по мере углубления их связи с патологией мышления, 10-я группа начинается с элементарных галлюцинаций и завершается вербальными и антагонистическими, идущими после тактильных, зрительных и других.

Существование принципиальных различий между отдельными истинными галлюцинациями наглядно демонстрируется при сопоставлении истинных зрительных и истинных слуховых галлюцинаций.

Большинство авторов, как было частично показано ранее, уже давно отмечает различные взаимоотношения зрительных и слуховых галлюцинаций с патологией сознания и мышления.

С. М. Корсунский (1936) вполне справедливо указывает на то, что слуховые галлюцинации, вследствие связи их с мыслительным процессом, отражают более высокий уровень поражения, чем все остальные галлюцинации. При этом он цитирует В. Морселя (1852), который во всех вербальных галлюцинациях видит «мышление в словах». Более высокий уровень поражения при слуховых галлюцинациях обусловливает вывод М. О. Гуревича и М. Я. Серейского (1937) о том, что в прогностическом отношении слуховые галлюцинации менее благоприятны, чем зрительные. Неблагоприятность прогноза при слуховых галлюцинациях объясняется тем, что они тесно связаны с мышлением, с понятийным его элементом. Зрительные же галлюцинации всегда ограничиваются сферой представления и больше связаны с изменением сознания. Об этом же говорит В. А. Гиляровский (1936) отмечающий, что зрительные галлюцинации выражают первичную патологическую реакцию здорового мозга, а слуховые — указывают на более тяжелую патологию (глубокое поражение).

Все приведенные соображения о принципиальных различиях между слуховыми и зрительными галлюцинациями позволяют провести внутригрупповое разделение феноменов 10-й классификационной группы (так же, как всех остальных групп) по степени взаимосвязи этих феноменов с патологией сознания и мышления.

Таким образом, принимая наш принцип классификации иллюзорных и галлюцинаторных феноменов, можно определить, что, например, зрительные и слуховые галлюцинации, формально объединенные в одну группу «истинных», подлежат расположению на разных точках отрезка классификационной шкалы, относящегося к 10-й группе: зрительные ниже, вербальные выше.

Вместе с тем зрительные образы морфологически (по внешнему проявлению) сложнее, мы бы сказали, полиморфнее, чем слуховые.

С. М. Корсунский (1936), отмечая многообразие зрительных галлюцинаций, указывает на большую их пластичность, структурную сложность, способность к модификации, способность к более сложным взаимоотношениям с внешним миром и больным, динамичность, возможность колебания от простейших до панорамических. М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1937) к этому добавляют, что зрительные галлюцинации более кратковременны, поддаются большей коррекции со стороны других органов чувств (осязания) и оказывают меньшее влияние на больного. Чаще они возникают вечером или ночью.

Элементарные, или «неполные» истинные галлюцинации отличаются от акоазмов и фотопсий наличием содержания, хотя и весьма фрагментарного, ограниченного. Это шаги, звонки, вздохи, оклики или «видение» глаза, носа, хвоста животного и т. п. Та-

кие галлюцинации не имеют четкой нозологической принадлежности и могут встречаться при любом психическом заболевании — от реактивного и органического психозов до шизофрении. Однако зрительные элементарные галлюцинации чаще наблюдаются в случаях органических психозов, при которых они проще, примитивнее, чем галлюцинации при шизофрении. В то же время слуховые элементарные галлюцинации, особенно с определенным смысловым значением, чаще встречаются при шизофрении, но нередко бывают при реактивных психозах. Поэтому очень существенна не только оценка феноменологического оформления элементарных галлюцинаций, но также анализ их сочетания с другими психопатологическими феноменами и критериями (вербальными галлюцинациями, бредом, аффектом и др.).

По-видимому, наличие только малосюжетных зрительных элементарных галлюцинаций, феноменологически близких к некоторым формам оптического галлюциноза Шарля Бонне, сопровождающихся критикой, чаще указывает на органическую природу заболевания.

Элементарные зрительные и слуховые галлюцинации нередко встречаются у одного и того же больного. По нашим наблюдениям, в случаях органических психозов элементарные обманы слуха чаще возникают при наличии сопутствующей психогении, а также при присоединении сверхценных идей или малосюжетного бреда, например, бреда околдования.

По сравнению со зрительными элементарными галлюцинациями, при которых сюжет относительно примитивен, слуховые элементарные обманы отличаются значительно большим разнообразием содержания. Усложнение их смыслового значения нередко находится в прямой зависимости от степени аффективной реакции, связанной с внешними факторами или бредом.

В случаях шизофрении оценка характера элементарных слуховых галлюцинаций, их интенсивности, связанных с ними эмоциональной реакции и бреда имеет существенное значение для определения тяжести заболевания и прогноза. Так, при отсутствии бредовых переживаний и незначительной эмоциональной реакции, независимой от содержания галлюцинаций, последние имеют ограниченную тенденцию к распространению и увеличению смыслового значения.

Болезнь в подобных случаях отличается малой прогредиентностью (несмотря на раннее иногда начало).

141 Больная Н. Н., 19 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Утверждает, что помнит себя с пятилетнего возраста. В 3 года были страхи. Лежит в постель, нередко из-под подушки слышала громкое кошачье мяуканье. Затем все прошло. В 6 лет страхи возобновились; часто за окнами, дверью слышала голоса нескольких мужчин. Никаких предположений по этому поводу не возникало. Галлюцинации изредка беспокоили до того, как пошла в школу, и больше никогда не повторялись. К перенесенным в детстве

обманам критична. Жалуется на застенчивость, нерешительность, «неловкость» в компании сверстников, дурные предчувствия, боязнь заболеть психически. Понимает, что нездорова.

Наблюдения показывают, что больной тем менее критичен к элементарным образам, чем большее смысловое значение и аффективное окрашивание они имеют.

142. Больная Л. Г., 47 лет.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Больна с 29 лет.
В статусе: расстройства мышления (трудно сосредоточиться, параллельные мысли), навязчивая боязнь «сойти с ума», прыгнуть с 4 этажа, бредовые идеи отношения.
Часто беспокоят элементарные слуховые обманы: в разное время суток отчетливо слышит мужские шаги в соседней комнате, скрип открывающейся калитки, чье-то дыхание за спиной. Не вполне критична к этим переживаниям. Они всегда сопровождаются аффектом страха, подозрительностью. Больная рассказывает, что вначале на обманы слуха не обращала внимания, а потом поняла, что все это «неспроста».

Таким образом, в случаях шизофрении с длительным течением, нарушением мышления и эмоциональной сферы, другими выраженными симптомами дефекта, слуховые элементарные галлюцинации обычно больше фиксируют внимание больного, характеризуются отсутствием к ним критического отношения, ведут к бредообразованию. Слуховые элементарные обманы в отдельных случаях сочетаются с истинными зрительными галлюцинациями. Нередко сюжетная связь между теми и другими отсутствует, эмоциональная реакция остается активной, а критика сохраняется в большей степени, чем при сочетании элементарных галлюцинаций с бредом. Подобную комбинацию галлюцинаций можно отметить не только при шизофрении (набл. 143), но и при других (в частности, инволюционном) психозах (набл. 144).

143. Больная Г. У., 33 года.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Больна около 8 лет.
В статусе: настроение понижено. Отмечает «параллельные мысли» и чувство пустоты в голове. Иногда вечерами и ночью, но в бодрствующем состоянии, возникают зрительные и тактильные галлюцинации. Так, однажды вне- пно увидела, как повернулась дверная ручка, на пороге появились очертания грузного, большого мужчины. Он подошел к кровати, сел рядом и стал перебирать пальцами простыню по направлению к подушке. Больная очень испугалась, вскочила, включила свет. Убедилась, что никого нет. В другой раз ясно ощущала, что какое-то существо поднимается по простыне. Также возник страх, который прошел только после включения света. Нередко вне зависимости от зрительных обманов ясно слышит звонки, шаги, стуки. Бредовых переживаний нет. Зрительные, тактильные, элементарные слуховые галлюцинации всегда сопровождаются аффектом страха, неполной критикой в момент галлюцинирования и ее восстановлением по прекращении галлюцинаторных переживаний.

При сочетании в структуре психоза различных галлюцинаторных феноменов удается установить, что истинные галлюци-

нации имеют более тесную патогенетическую связь с болезненным процессом, а элементарные галлюцинации нередко оказываются изолированными от остальных психотических переживаний и связь их с патогенными факторами не выявляется.

144. Больная У. Б., 55 лет.
Диагноз: инволюционный психоз.

Примерно с 50 лет отмечает понижение работоспособности, ухудшение памяти, беспричинные приступы пониженного настроения, тревогу. 3 года назад трагически умерла любимая сестра. Тяжело переживала утрату. Появились кошмарные сновидения с эпизодами войны, убийствами. С этого же времени сначала чаще, а теперь изредка видит проходящую по комнате тень умершей сестры. Эти «видения» сопровождаются тревогой, но всегда понимает, что ей кажется. В течение последнего года часто ясно слышит звонки у входной двери, отдаленный гул колоколов, неразборчивый шепот за дверью. Ко всем галлюцинаторным переживаниям критична. Интеллект снижен (ослаблены память, формальные способности), психически истощаема. Постоянно думает о том, что может оказаться обузой для семьи, что ее болезнь причинит вред детям и внукам. Боится оставаться одна дома. Уходя из дома, несколько раз возвращается, чтобы проверить, закрыта ли дверь, выключен ли газ и так далее.

Элементарные галлюцинации могут быть не только зрительными и слуховыми, но также обонятельными, вкусовыми, тактильными и др. Все они, по нашим наблюдениям, характеризуются отсутствием четкого смыслового сюжета, меньшей, чем при других истинных галлюцинациях, связью с патологическим нарушением мыслительного процесса. Элементарные обонятельные и вкусовые галлюцинации часто трудно отличить от иллюзий. Проявляются они в виде неприятных вкусовых (какогевзия) и обонятельных (какосмия) ощущений.

Галлюцинации полные, истинные. Составляя основное содержание 10-й классификационной группы, истинные галлюцинации всегда имеют развитое смысловое значение, связанное или не связанное с другими галлюцинаторными и бредовыми переживаниями.

Рецепторная характеристика тех или иных полных истинных галлюцинаций не определяет их нозологической принадлежности, т. е. типичности или специфичности для какого-либо конкретного психического заболевания. Истинные («полные»), так же как элементарные («неполные») галлюцинации, наряду с различной рецепторной характеристикой, различаются особенностями, указывающими на большую или меньшую их связь с хроническим патологическим нарушением мышления.

Только эти особенности и отношение к другим критериям клинической оценки придают известную типичность и относительную специфичность изучаемым галлюцинаторным феноменам. Их внутригрупповое размещение на шкале классификации весьма затруднительно в связи с разнообразием оценочных признаков.

Учитывая все сказанное, мы по методологическим соображениям несколько отступаем от основного принципа система-

тического изложения и рассматриваем феномены, относимые к полным истинным галлюцинациям, в порядке преимущественной заинтересованности зрительного, тактильного, вкусового, обонятельного, слухового анализаторов. Феномены каждой подгруппы дифференцируются по их отношению к основным общим и частным критериям клинической оценки галлюцинаций.

При квалификации истинных зрительных галлюцинаций следует, прежде всего, определить степень изменения или помрачения сознания для четкого разграничения зрительных галлюцинаций помраченного и только незначительно измененного сознания (присущего любому психопатологическому феномену).

Повторим еще раз, что феноменологическое сходство или различие в этом случае не всегда может помочь в разделении зрительных галлюцинаторных переживаний помраченного и измененного сознания. В дополнение к сказанному по этому поводу при описании феноменов 6—8-й групп приведем всего две иллюстрации.

Галлюцинаторные феномены, отмечаемые в одной из них (набл .145), отличаются пароксизмальностью, связью с помрачением сознания, парейдолическим генезом и возникают при органическом заболевании мозга. В другой (набл. 146) — нет помрачения сознания, но имеется тесная связь с бредовыми переживаниями.

145. Больной Р. О., 41 год.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

Дважды перенес черепно-мозговую травму, злоупотребляет алкоголем в течение 16 лет. Психически болен около 6 лет. Последний год не пьет. Отмечает периодически возникающие эпизоды нарушенного сознания. Во время этих эпизодов говорит невпопад, совершает неправильные поступки, потом помнит обо всем смутно. Утверждает, что во время приступов нарушенного сознания, возникающих обычно вечером, несколько раз слышал внутри головы «зовущие мужские голоса». Лет 5 назад впервые появились зрительные галлюцинации: чаще вечером, но иногда и днем внезапно «вдалеке, в небе виделись кресты, иконы, ангелы». Потом все пропадало. В последнее время характер галлюцинаторных переживаний изменился. Галлюцинации появляются в разное время суток, но только тогда, когда больной лежит на кровати и не спит. Зрительные образы возникают внезапно: больной видит на потолке (обычно там, где имеются пятна от подтеков) человеческие фигуры — объемные, динамичные, долго не исчезающие. Вначале при появлении зрительных и слуховых галлюцинаций очень пугался, убегал, прятался. Затем стал относиться к ним спокойнее, «привык». После прекращения галлюцинаторных эпизодов всегда понимает, что это ему «кажется от болезни».

Вне помрачения сознания, например, при шизофрении, зрительные галлюцинации обычно более полиморфны, не повторяются по форме и сюжету. Их сочетание с бредом бывает самым разнообразным. Иногда они неотделимы от бреда, а иногда лишь косвенно соответствуют ему по сюжету.

146. Больная Д. Н., 18 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Больна с 12 лет. Тогда отмечались колебания настроения, неопределен-

ные страхи и зрительные галлюцинации: однажды днем в углу комнаты увидела гробы, висящие на цепях, прикрепленных к потолку. При приближении гробы исчезали, когда возвращалась на свою кровать — появлялись вновь. При закрывании глаз гробы видела еще более четко, в том же положении в углу. Однако если с открытыми глазами отворачивалась к окну, то «видений» не было. Галлюцинации не повторялись в течение 5 лет, колебания настроения оставались. За последний год самочувствие ухудшилось: появились идеи отношения. Считает, что люди чураются ее, не хотят сидеть рядом. Иногда издали слышит женский голос, но слова разобрать не может Несколько раз впереди проходила мужская тень. При попытке вглядеться тень исчезала. Критика к галлюцинаторным переживаниям пассивная.

При психопатологическом анализе *тактильных* галлюцинаций так же, как в случаях зрительных галлюцинаций, прежде всего следует оценивать состояние сознания. Своеобразие тактильных, осязательных галлюцинаций, возникающих в случаях помрачения сознания, в просоночных и других состояниях нарушенного сознания, помогает их квалификации.

Значительно сложнее отличить полные истинные тактильные галлюцинации от элементарных неполных .Существенным дифференциально-диагностическим критерием в данном случае может служить оценка сюжета галлюцинаторных переживаний, наличия сюжетной их связи с бредом, другими галлюцинациями.

Некоторые формы тактильных галлюцинаций наблюдаются при органических заболеваниях мозга, другие — при шизофрении. Первые ближе к элементарным, вторые нередко имеют сенестопатический генез, больше связаны с бредом и сочетаются с хроническим нарушением мышления.

К более простым по сюжету можно отнести гаптические и некоторые формы гигрических галлюцинаций.

Гаптические тактильные галлюцинации — сложные обманы тактильного и общего чувства в виде ощущений охватывания или схватывания руками, какой-то материей, ветром (Е. А. Попов, 1958).

Под названием гигрические галлюцинации разными авторами даются описания по существу двух феноменов: ощущения влажности предметов при прикосновении к ним рукой или любой другой частью тела (это скорее гигрические иллюзии) и ощущения влажности, воды, жидкости на любом участке кожи или под ней.

Понятие «тактильные галлюцинации» включает все «обманы телесных чувств» (К. Ясперс, 1923). В их число входят также термические галлюцинации (ощущение горячего пола, холодного или горячего дуновения, обжигающей рубашки); мускульные галлюцинации (ощущение навалившейся тяжести, поднимающегося под ногами пола). Правильность отнесения к числу тактильных так называемых «обманов жизненных чувств» (определение себя «пустым внутри» или, наоборот, «налитым, заполненным», «жижеобразным, размягченным» или «твердым, окаменевшим» и др.) вызывает сомнения. Пере-

численные переживания составляют симптомокомплекс, включающий, наряду с тактильными обманами, также расстройство мышления и бредовую трактовку.

При сложных тактильных галлюцинациях, возникающих вне помрачения сознания, можно проследить все формы перехода от сверхценной, суеверной, иногда нелепой их трактовки к бредовой интерпретации.

В ряде случаев тактильные галлюцинации самостоятельно или в комбинации с другими обманами в своей композиции содержат предпосылки к образованию бреда околдования. Обычно здесь нет еще прямых бредовых высказываний, но имеются «намеки» на них.

147. Больная Щ. М., 22 года.

Диагноз: остаточные явления перенесенного в детстве менингоэнцефалита

Больна лет с пяти. Училась плохо. Всегда боится темноты, боится оставаться одна. Приходя домой, с опаской осматривает комнаты, заглядывает под кровать, за шкаф. В соседней комнате нередко слышит шаги.

Вечером и ночью страхи усиливаются. Недавно только легла и укрылась одеялом, почувствовала, что на нее наваливается какая-то тяжесть. Кто-то взял за голову, увидела протянутую к ее голове руку. Вскочила, встала на колени и начала молиться. За спиной четко услышала голос: «Хорошо, что вспомнила бога». Испугалась, убежала к соседям. Ночью часто снятся колдуны и ведьмы. После неприятностей бывают обморочные состояния. Ухудшается память. Галлюцинаторные переживания считает проявлением болезни.

В ряде случаев нелепые по смыслу тактильные галлюцинации ведут к нелепой их трактовке, а затем к нелепому бреду. Так, мы наблюдали больного, который, приходя на кладбище, всегда ощущал какое-то «неровное» давление на пятки, «как будто пальцами». Пугался, думал, «не покойники ли это шалят». Другой больной (набл. 148), ощущая на руках и ногах укусы крыс, не связывал эти галлюцинации с конкретными бредовыми переживаниями, но давал им нелепое объяснение. Близкие в феноменологическом отношении тактильные обманы некоторые больные интерпретируют бредовым образом (набл. 149, 150), хотя интерпретация эта также нелепа.

148. Больной А. Т., 18 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Болен с детства. Течение заболевания непрерывное. Формально доступен. Мышление непоследовательное со склонностью к паралогичным построениям, резонерству. Отмечает, что внутри головы иногда появляется какое-то непонятное «шуршание», напоминающее шепот. При засыпании иногда видит человеческие образы уродов, «первобытных питекантропов» и др. Часто беспокоят тактильные обманы: на руках и ногах ощущает «укусы крыс». Самих крыс не видит, но чувствует укусы и предполагает, что его незаметно кусают крысы. Не критичен. О своих переживаниях рассказывает без видимых эмоций.

Бредовая интерпретация тактильных галлюцинаций проявляется либо в прямой их связи с бредовыми идеями преследования, либо в сочетании с бредом — тематической, а не сюжетной с ним связи.

149. Больная П. А., 20 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

В статусе: вяла, аспонтанна, жалуется на «прерывистость мыслей», невозможность сосредоточиться. Временами бывает тревожна, подозрительна к людям. Замечает на себе недружелюбные «косые взгляды». Считает, что окружающие подходят к ней, как-то незаметно кусают ее в правую или левую руку. Чувствует укус, видит следы зубов на коже рук, но как это происходит, объяснить не может. Пассивно критична к расстройствам мышления, но к тактильным галлюцинациям и паранойяльным переживаниям не критична.

Тактильные галлюцинации в этом наблюдении имеют конкретное содержание: больная не просто ощущает укусы, но связывает их с тем, что к ней подходят люди и кусают. Формально однотипными по сюжету и феноменологической оценке оказываются переживания больной, отраженные в следующем наблюдении. Здесь ощущение укуса имеет не столько тактильный, чувственный характер, сколько умозрительный. Поэтому подобные переживания трудно отнести к истинным галлюцинациям. По аналогии с соответствующими зрительными и вербальными обманами, они скорее характеризуются признаками псевдогаллюцинаций.

150. Больная П. М., 21 год.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Больна, по-видимому, с самого раннего детства.

В статусе: по существу отвечает на вопросы, достаточно доступна, фон настроения понижен. Называет себя «ничтожеством», говорит, что таким, как она, «жить не надо». Часто думает о смерти. Жалуется на неприятные ощущения в виде «бульканья в сердце», «шевеления в мозге» и т. д. Склонна к резонерству. Отмечает параллельные мысли и невозможность сосредоточиться. Замечает неблагоприятное к себе отношение окружающих, ощущает их враждебное влияние в виде уколов иголками, укусов. При детальном опросе удается выяснить, что уколы и укусы не связывает с каким-либо определенным человеком, а чувствует в виде «умственного» на нее воздействия, наподобие околдования.

Тактильные галлюцинации могут локализоваться не только на поверхности тела, но также в глубине, в подкожной клетчатке, костях, внутренних органах, мозге. Это не просто сенестопатические ощущения или вызванные соматогенией висцеральные иллюзии, всегда бессюжетные. В отличие от них, тактильные галлюцинации облекаются в форму конкретного переживания и более или менее содержательны. Они во всех случаях трактуются по-бредовому.

151. Больной Т. Г., 48 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Психически болен с 25 лет. Тогда ощущал в животе и груди перемещение каких-то «посторонних тел». Полагал, что это живые существа, наподобие глистов, проникшие в его организм. Около 3 месяцев лечился в психиатрической больнице. Выписался в хорошем состоянии. 20 лет к врачам не обращался. Повторный приступ в 45 лет. Вновь ощутил перемещение в его теле живых существ. Ясно чувствовал, как «внутри спины, по обе стороны позвоночника снизу вверх и обратно перемещаются, бегают червеобразные

существа», причиняющие неприятные ощущения, боль, жжение. «Существа», бегающие по левую сторону позвоночника, более агрессивны. Их перемещения более болезненны. Понял, что 20 лет назад «живые существа» не погибли и не ушли из его тела под влиянием лекарств, а «замерзлись». Теперь они «разморозились». Происхождение «терзающих его живых существ» каким-то образом связывает со взрывом атомной бомбы и получающимся при взрыве «продуктом». В течение 3 лет скрывал свои ощущения, продолжал работать.

В статусе: настроение пониженное, мышление непоследовательное, паралогичное, с элементами резонерства. Мало интересуется происходящим вокруг. Ипохондрические высказывания какой-либо коррекции не поддаются.

Такие тактильные галлюцинации принято называть висцеральными, или интероцептивными (И. О. Нарбутович, 1959).

В. М. Бехтерев (1904) галлюцинации с внутренних органов именует соматическими. В. П. Осипов (1923) те же переживания называет мнимоощущениями во внутренних органах. К. Ясперс (1923) говорит об искаженных восприятиях ощущения тела и его частей, галлюцинациях телесных чувств.

Сюжеты висцеральных галлюцинаций и их бредовое оформление бывают разными. Иногда тактильные галлюцинации и бредовая их интерпретация возникают одновременно. В ряде случаев «бредовое понимание» тактильных обманов развивается постепенно.

152. Больная И. К., 20 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Больна более 5 лет. Вначале отмечались окрики по имени. Затем изредка у самого уха слышала мужской голос, говоривший: «Тебе надо пойти». Хотелось куда-то бежать, но понимала, что показалось. Года 4 назад возникло часто повторяющееся ощущение, как будто кто-то ходит в желудке, чувствовала «шажки». Около года это ощущение ассоциируется с «маленьким голеньким гномиком», который не постоянно находится в желудке, а «приходящий». Приходит он, «как-то проникая через пупок прямо в желудок». Иногда относится к своим переживаниям с критическими сомнениями, чаще верит в возможность такого явления.

К висцеральным в некоторой степени примыкают так называемые викарные галлюцинации и галлюцинации «общего чувства».

Термином «викарные» В. А. Гиляровский (1936) обозначает «суммарные» галлюцинации разных органов чувств, как бы заменяющие галлюцинации одного пораженного анализатора. Это переживания слепых и глухих, которые рассказывают об обманах («видениях» или «голосах», якобы воспринимаемых отсутствующим анализатором).

Примером викарных галлюцинаций могут быть наблюдавшиеся Андрузским М. И. (1879) множественные галлюцинации, фиксируемые всеми анализаторами, включая зрительный (у больного, ослепшего 20 лет назад).

М. П. Берлин (1949) подобные же галлюцинации отметил у ослепшей в детстве больной, которая определяла внешний вид галлюцинаторных образов, ощущавшихся ею тактильно. В этом случае тактильные галлюцинации

частично заменяли зрительные. Большинство авторов полагает, что при утрате анализатора галлюцинации, соответствующие этому анализатору, могут сохраняться от десяти до двадцати лет после указанной утраты.

Наименование «галлюцинации общего чувства»* признается не всеми. Связано это с тем, что своеобразные переживания, определяемые этим наименованием, в равной степени можно отнести к галлюцинациям, иллюзиям и бреду. Состоят они в том, что больной ощущает чье-то присутствие, хотя анализаторами это ощущение не подтверждается. В других случаях больные чувствуют изменение собственного тела (дисморфоманические иллюзии общего чувства), движение предметов, находящихся рядом, их колебания. Все это не подтверждается их зрением или слухом. Больные обычно говорят, что они это чувствуют или знают, что это так.

К. Ясперс (1923) предложил понятие «иллюзия сознаваемости», или «иллюзия воплощенной сознаваемости», для определения ощущения больного, что рядом кто-то находится. Он считает, что эти иллюзии составляют переход к галлюцинациям и бреду.

153. Больная Р. М., 21 год.

Диагноз: шизофрения, паранойяльная форма.

Больна, по-видимому, более трех лет. Отмечает пониженное настроение, вялость, неуверенность в собственных возможностях, застенчивость. Иногда возникает неопределенный страх. Не любит оставаться одна в комнате. Нередко чувствует, что за ее спиной кто-то стоит. Иногда думает, что кто-то прячется за висящей на вешалке одеждой. Ощущает, что одежда колеблется. Не видит этого, даже пристально вглядываясь, но «как-то ощущает». Находясь среди людей, чувствует на себе чей-то взгляд. Оборачиваясь, никого не видит, но чувство это остается. Эти переживания вызывают тревогу, опасение заболеть психически. Понимает их болезненное происхождение.

Висцеральные галлюцинации не следует смешивать с висцероскопическими (11-я группа), при которых галлюцинаторный образ не только ощущается, но и видится внутри тела, во внутренних органах.

Обонятельные галлюцинации так же, как *вкусовые,* значительно труднее зрительных и тактильных поддаются психопатологической квалификации. Указанное обстоятельство связано с тем, что, во-первых, эти галлюцинации нередко трудно отличить от иллюзий и, во-вторых, — трудно отграничить от бреда.

В тех случаях, когда основу заболевания составляет параноидный синдром и больной жалуется на «запахи», практически бывает почти невозможно не только определить, иллюзии это или галлюцинации, но также установить характер самих переживаний больного: действительно ли они включают сенсорный, чувственный компонент, то есть действительно ли ощущается запах (набл. 154) или имеется лишь бредовая убежденность больного в наличии запаха (набл. 155).

---

* С. С. Корсаков (1901), говоря об «обманах общего чувства», имел в виду галлюцинации, воспринимаемые с внутренних органов, а не «ощущение чьего-то присутствия.

154. Больная Б. Г., 33 года.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Больна более 4 лет.
В клинической картине: формально доступна, вяловата, настроение пониженное, жалуется на невозможность сосредоточить мысли, чувство пустоты в голове. Временами «все тело и голова как бы пронизываются иголками». При этом больная не может разобраться, только кожа или также все, что под кожей, ощущает уколы. Высказывает пессимистические прогнозы в отношении своего здоровья. Отмечает часто тревожащие ее оклики, шаги и скрип половиц в соседней комнате. Почти постоянно ощущает трупный запах, не может отделаться от него. Смазывает нос духами, обрызгивает комнату, но ничего не помогает. Замечает недоброжелательное отношение сослуживцев. Любые их разговоры относит на свой счет.

Здесь обонятельные галлюцинации (трупный запах) имеют чувственный характер и не связаны по содержанию с параноильными переживаниями.

В следующем наблюдении, наоборот, обонятельные галлюцинации сюжетно связаны с бредом, вытекают из него. Их можно рассматривать как производное бреда, как умозаключение (или аутосуггестию), а не чувственное переживание. Такие симптомы некоторые авторы причисляют к дисморфофобическим или дисморфоманическим*. Однако, как было сказано, не всегда удается установить наличие или отсутствие сенсорного компонента.

155. Больной Н. Д., 37 лет.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Болен с 16 лет.
В клинической картине: дистимические расстройства (с периодами пониженног настроения и гипомании), параноильные идеи: часто, особенно в периоды пониженного настроения, замечает, что окружающие люди (знакомые и незнакомые) стараются отойти от него, отворачиваются, потягивают сом воздух — принюхиваются. На их лицах больной замечает гримасы отвращения. 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.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации не только имеют прямую сюжетную связь с бредом, но могут быть связаны с ним непонятными ассоциациями — паралогично. В этих случаях конкретному бреду соответствуют конкретные (приятные или неприятные) галлюцинации, смысл которых не вытекает из бреда.

Ф. Коннолли, Н. Читльзон (1971) наблюдали у больных шизофренией при бреде сексуального превращения частое возникновение обонятельных и вкусовых галлюцинаций только неприятного характера.

---

* К дисморфоманическим также относят вербальные галлюцинации, сопровождающиеся соответствующим их содержанию бредом. При них «голоса» говорят об изменении вида больных (их носа, глаз) и формы тела, а больные ощущают эти изменения, замечают их при взгляде в зеркало или на доступные обозрению части тела.

Истинные зрительные галлюцинации — это, как было сказано, переживания, при которых вне помрачения сознания галлюцинаторный зрительный образ, располагаясь в воспринимаемом пространстве, ассимилируется этим пространством.

Отвечая всем признакам истинных галлюцинаций, зрительные галлюцинации могут быть в меньшей или большей степени сюжетно связаны с бредовыми переживаниями. В отличие от соответствующих галлюцинозов, зрительные галлюцинации не встречаются изолированно от бреда, то есть наблюдаются в едином галлюцинаторно-параноидном синдроме. В психиатрической клинике они встречаются значительно реже вербальных истинных галлюцинаций, иногда сочетаясь с ними, иногда без них.

Вообще истинные зрительные галлюцинации наблюдаются в картине психоза несравненно реже зрительных иллюзий и галлюцинаций помраченного сознания. Феноменологически, несмотря на ассимиляцию фиксируемым объективным окружением, они могут иметь не только трехмерное, но также двухмерное изображение. Это либо фигуры людей, неожиданно появляющиеся в воспринимаемом пространстве, либо портреты, картины.

Очень редко истинные зрительные галлюцинации имеют *аутоскопический характер* («виденне» собственного двойника).

Полные истинные галлюцинации двойника заключаются (в отличие от других видов аутоскопии, дейтероскопии, включенных в 3. 5, 11, 12-ю группы) 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.

Такие галлюцинации встречаются реже при шизофрении, чаще при органических страданиях головного мозга, недоедании, переутомлении (К. А. Скворцов, 1931).

156. Больной Т. О.. 35 лет.

Диагноз: шизофрения с благоприятным периодическим течением и присоединившимся органическим специфическим заболеванием ЦНС.

Психически заболел в 25 лет. Тогда было пониженное настроение, идеи, отношения, вербальные псевдогаллюцинации (внутри головы слышал неразборчивый мужской голос). Начал злоупотреблять алкоголем: пил часто и помногу, так как заметил, что, «когда пьян, лучше настроение и звуки в голове не привлекают внимания». Вскоре появились кошмарные устрашающие сновидения, переходящие в гипнагогические обманы.

В том же году заразился сифилисом. Прошел полный курс лечения. С этого времени алкоголь не употребляет. В последующие годы завершил противосифилитическое лечение. В настоящее время снят с учета. Псевдогаллюцинации после первого приступа не повторялись. Года четыре назад впервые отметил «виденне» собственного образа. Тогда работал официантом ресторана.

В статусе: доступен, немногословен. Память и формальные способности умеренно ослаблены. Расстройства мышления выявить не удается. Отмечает обманы зрения: видит себя входящим в зал ресторана или комнату (в которых он в данный момент находится). Галлюцинаторный образ «двойника»

ответ точно так же, как он сам, жестикулирует, шевелит губами, садится за ресторанный стол и т. д.

«Видения» всегда сопровождаются аффектом страха, больной убегает в туалет, запирается, тихо плачет, долго не может успокоиться. В момент галлюцинирования не критичен, после — критика полностью восстанавливается.

Истинные зрительные галлюцинации у больных шизофренией, особенно двухмерные в виде портретов и картин, в отдельных случаях имеют символический характер. Такие галлюцинации патогенетически близки к зрительным иллюзиям, которые содержат элементы символики. Психопатологическое диагностическое значение указанных иллюзий весьма велико, так как встречаются они, по нашим наблюдениям, только при шизофрении.

157. Больная Ш. Р., 17 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым психопатоподобным течением.

На следующие сутки после смерти любимой бабушки проснулась ночью, было темно и страшно, казалось, что умершая бабушка где-то недалеко. Увидела, как ее маленькая подушечка то расширяется, то сокращается. Казалось, что она дышит, что «там бабушка». Наблюдая колебания листьев дерева, растущего около балкона, думала, что если листочки наклоняются все в ее сторону, то, следовательно, они подтверждают ее мысли, если же в обратную — то отрицают их. Появились мысли, что листочками тоже руководит умершая бабушка. Около двух месяцев лечилась в психиатрической больнице. В последующем иллюзорные переживания не повторялись. Выявляются психопатические черты характера, немотивированные изменения настроения. К прошлым переживаниям критика остается недостаточной.

Истинные вербальные галлюцинации, сходные по внешнему оформлению галлюцинаторного феномена с истинным вербальным галлюцинозом, отличаются от него отсутствием критики, частым сочетанием с паранойяльными подозрениями или сформировавшимся бредом и, как правило, меньшей яркостью, интенсивностью. Если при вербальном галлюцинозе больной всегда различает слова и интонацию, то при вербальных галлюцинациях голоса могут быть не только нечеткими, но часто приглушенными, неразборчивыми.

Встречаются случаи, при которых, несмотря на наличие в структуре психоза бредового синдрома, имеющиеся вербальные галлюцинации не связаны с ним сюжетно.

Так, наша больная с идеями преследования, физического воздействия (враждебные ей люди направляют на нее магнитные волны, которые разрушают мозг и печень), слышала не вполне разборчивый диалог двух мужчин, споривших о перспективах на урожай.

При вербальных галлюцинациях, вытекающих из бреда, соответствующих ему сюжетно и неотделимых от него, трудно исключить аутосуггестивный характер их возникновения. Некоторые авторы такие галлюцинации называют «бредовыми». Патогенетически, а иногда феноменологически от вербальных галлюцинаций, имеющих аналогичное с бредом содержание, «под-

утверждающих» бред, невозможно отличить вербальные иллюзии, также возникающие в плане бреда. При этом принципиальное разграничение между указанными галлюцинациями и иллюзиями клинического или практического, диагностического значения не имеет.

158. Больной Б. Г., 29 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Несколько месяцев назад заметил, что за ним следит какой-то человек в спецовке, каждое утро сопровождая его в автобусе. Окружающие наблюдают за ним. Его разговоры по телефону, по-видимому, прослушиваются. В квартире, возможно, установлены микрофоны. В передачах по радио и телевидению намекают на его поведение. Предполагает, что им заинтересовалась разведка. В разговорах пассажиров автобуса и прохожих отчетливо слышит упоминание своего имени, реплики, касающиеся его взглядов и поступков. Спускаясь с лестницы, увидел стоявших внизу двух женщин, услышал, что говорят они о нем. Рассказывает обо всем неохотно, многое не договаривает, пытается объяснить свои переживания рационально.

Галлюцинаторные или иллюзорные переживания в виде отдельных реплик, иногда не включаясь в фабулу бреда, не вступая с ним в сложные взаимоотношения, только подтверждают правильность бредового убеждения больного, его бредовой концепции.

159. Больная Т. К., 57 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Заболевание началось поздно, года 2 назад. Тогда поняла, что все окружающие считают ее колдуньей, брятся и сторонятся. Длительное время скрывала от дочери свои переживания и вела себя несколько странно. В последний месяц вычурно одевается, прячется от всех посторонних, иногда начинает доказывать прохожим, что она вовсе не колдунья. Неоднократно разборчиво слышала в разговоре проходящих мимо нее людей упоминание слова «колдунья». Иногда это слово произносилось после ее имени. Не критична, малодоступна.

К числу полных истинных вербальных галлюцинаций относятся императивные, комментирующие, односторонние*, антагонистические**. Все эти подвиды вербальных галлюцинаций не только сочетаются с бредом, но всегда соответствуют ему по фабуле.

При императивных истинных вербальных галлюцинациях, характеризующихся экстрапроекцией, галлюцинаторные голоса приказывают больному, заставляют его предпринять какие-либо действия.

---

* Односторонние галлюцинации отличаются от подробно рассмотренных в 9-й группе односторонних галлюцинозов отсутствием критики, наличием бредовой интерпретации и другими признаками, присущими галлюцинациям. Так же, как галлюцинозы, они характеризуются обманами зрения на один глаз и обманами слуха на одно ухо.

** Галлюцинации антагонистического содержания, подобные упомянутому в 9-й группе антагонистическому галлюцинозу, очень редко относятся к полным истинным, а чаще к псевдогаллюцинациям или к психическим галлюцинациям. Поэтому их рассмотрение мы относим к 11-й группе, наряду с другими псевдогаллюцинаторными феноменами.

Императивными могут быть и истинные зрительные галлюцинации. В этих случаях «приказы» появляются на стене или потолке в виде надписей или отдельных слов.

Обычно императивные галлюцинации враждебны больному, сочетаются с бранящими и угрожающими голосами. Они «толкают» больного на плохие, иногда общественно-опасные поступки (нападение, поджог, убийство, самоубийство).

Галлюцинации императивного характера аналогичного содержания могут быть с интрапроекцией, то есть псевдогаллюцинаторными.

Комментирующими называют вербальные галлюцинации с экстрапроекцией, оценивающие, характеризующие, опровергающие или просто поясняющие мысли, суждения, предположения, планы, намерения, действия больного и иногда одновременно других лиц.

Такие комментирующие голоса бывают различной природы и могут отвечать всем признакам истинных галлюцинаций (набл. 160) или псевдогаллюцинаций, или галлюцинаций при помраченном сознании.

160. Больной Н. Б., 37 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен, по-видимому, свыше 10 лет.
В клинической картине: выраженное расстройство мышления — симптомы идеаторного автоматизма (мысли текут самопроизвольно, наслаиваются друг на друга), невозможность сосредоточиться. Слышит естественные, реалистичные мужские и женские голоса то справа, то слева. Голоса повторяют мысли больного, прочитанное им, комментируют его действия. При затыкании ушей голоса становятся тише или полностью исчезают. Больной не сомневается в действительном существовании говорящих. Голосов с интрапроекцией нет.

В многочисленных статьях, терминологических словарях и глоссариях указываются различные термины, которыми обозначаются подвиды истинных галлюцинаций. Наряду с упоминавшимися ранее терминами, определяющими рецепторную принадлежность галлюцинаций (односторонние, антагонистические, разновременные), встречаются термины, отражающие общий характер галлюцинаторных переживаний вне зависимости от их рецепторной принадлежности («ангельские», навязчивые, экстатические, теологические, резидуальные). Остановимся очень кратко на этих терминах.

«Ангельскими» галлюцинациями некоторые авторы называют вербальные галлюцинации с экстрапроекцией приятного для больного содержания, оправдывающие его действия, дающие благожелательные советы (например, убеждающие не прибегать к самоубийству).

Навязчивыми галлюцинациями называют эмотивные, «неотвязные», повторяемые, односюжетные, бессистемные слуховые и зрительные обманы.

В. А. Гиляровский указывает на то, что при повторении длительное время одних и тех же галлюцинаторных образов и относительной сохранности больного у него формируется частично критичное отношение к галлюцинациям. Н. И. Скляр (1909) не соглашается с тем, что навязчивые галлюцинации эмотивны. Ряд авторов подобные галлюцинации называют «стереотипными», под ними понимается частое повторение не изменяющегося галлюцинаторного образа. Навязчивые галлюцинации впервые описаны Ж. Сегласом (1892), который назвал их первичными навязчивыми галлюцинациями — галлюцинаторной обсессией. Э. Крепелин и Е. Блейлер, по свидетельству Д. С. Озерецковского (1926), не признавали существования навязчивых галлюцинаций. С. А. Суханов (1904), наоборот, подчеркивает наличие таких галлюцинаций, разделяя их на навязчивые псевдогаллюцинации и навязчивые рельефные, истинные (яркие) галлюцинации с экстрапроекцией. Наблюдал он их у больных истерией. Д. С. Озерецковский (1927) описывает случаи обонятельных навязчивых обманов при шизофрении с фобиями и предшествованием бреду. Он относит их к истинным галлюцинациям.

Экстатические галлюцинации имеют в психиатрической литературе двоякое определение. Одни авторы так называют галлюцинации, возникающие в состоянии экстаза. В этом случае, по нашему мнению, правильнее говорить о галлюцинациях истерического или эпилептического экстаза. Другие— более обоснованно именуют экстатическими галлюцинации, вызывающие у больного чувство экстаза. Эти галлюцинации очень яркие, образные, воздействующие на эмоции и аффект больного. Они держатся относительно длительное время, могут быть зрительными, слуховыми, комбинированными и др., целиком завладевают эмоциями и сознанием больного, нередко имеют религиозное и мистическое содержание.

Теологические — это галлюцинации зрительные или слуховые, религиозного содержания (больной видит божий лик, кресты, иконы и слышит церковное песнопение, голоса бога, пророков и т. п.).

Резидуальные, или остаточные, галлюцинации (слуховые, зрительные и, по-видимому, все другие) представляют собой отдельные галлюцинаторные переживания, входившие ранее в структуру психотического синдрома (галлюцинаторного, галлюцинаторно-параноидного) и сохранившиеся после становления ремиссии с дефектом.

Резидуальные галлюцинации характеризуются отрывочностью, фрагментарностью, мимолетностью. Они всегда повторяют перенесенное ранее. Не бывают актуальными, лишены развития, нередко сопровождаются критическим отношением больного, бывают неприятны для него, тягостны.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что истинные галлюцинации (10-я группа) нередко по внешнему проявлению сходны с галлюцинозами (9-я группа), отличаясь от них большей степенью патологии мышления (до, после и во время галлюцинирования), состоянием критики, характером взаимоотношения с бредом и т. п.

Глава шестая

Псевдогаллюцинации и психические галлюцинации

(Четвертый отдел шкалы классификации)

Четвертый отдел объединяет в двух группах феномены, которые В. Х. Кандинский (1885) назвал псевдогаллюцинациями, а Г. Байарже (1844) — психическими галлюцинациями.

Указанные феномены наиболее тесно, интимно, неразрывно связаны с процессом мышления, его патологией и располагаются в 11—12-й группах по мере постепенной утраты сенсорных признаков и слияния с собственно идеаторными автоматизмами.

Таким образом, в одиннадцатой и двенадцатой группах рассматриваются феномены, входящие в разряд явлений психического автоматизма Кандинского—Клерамбо.

11-я группа: неполные псевдогаллюцинации (галлюциноиды) и полные развитые псевдогаллюцинации

Феноменологически *неполные псевдогаллюцинации—галлюциноиды* (зрительные, слуховые, воспринимаемые в экстрапроекции, но без связи с объективным окружением — промелькнувшая перед глазами тень, неразборчивый шепот и т. п.) менее полиморфны, чем галлюцинозы истинные и псевдогаллюцинации. При них сознание не помрачено и выявляется большая, чем при феноменах всех предыдущих групп, интимная связь с патологией мыслительного процесса. Они имеют меньшую, чем при истинных, и такую же или большую, чем при псевдогаллюцинациях, сенсорную окраску, обязательно связаны с тем или иным анализатором. Если вербальные истинные галлюцинации несколько чаще встречаются, чем зрительные, а псевдогаллюцинации бывают преимущественно вербальными, то галлюциноиды чаще бывают зрительными, чем вербальными.

Больные, у которых наблюдаются зрительные обманы, относимые нами к галлюциноидам, обычно говорят, что им «показалось», «померещилось». Возникают эти обманы всегда непроизвольно, сопровождаются чувством необычности, чуждости. Кратковременность видения галлюциноидов затрудняет субъективную оценку больными этого явления в качестве насильственного. Однако чувство сделанности обычно отсутствует.

161. Больная Р. М., 19 лет .
Диагноз: шизофрения, паранойяльная форма.
Больна, по-видимому, не более года.

В статусе: неохотно рассказывает о своих переживаниях. Жалуется на то, что «голова все время думает об одном и том же и отвязаться никак нельзя». Часто пугает ощущение, что кто-то стоит сзади. Когда остается одна в комнате, замечает, что перед глазами проходит тень человека. Вглядеться не успевает, так как тень быстро исчезает. Не может разобраться, показалось ей или действительно что-то было. Возникает неопределенный страх. Отрицает мысли о чьей-то враждебности, чьем-то влиянии.

Характер эмоциональной реакции при появлении галлюциноидов зависит от давности заболевания, степени дефекта и наличия другой психопатологической симптоматики. Нередко больной, рассказывая о «промелькнувшей тени», подчеркивает, что он привык к этому явлению, спокойно к нему относится.

162. Больной Р. Б., 20 лет.
Диагноз: шизофрения, паранойяльная форма.

Психически болен с детства. В 16 лет — суицидальная попытка. С этого времени бывают зрительные обманы.

В статусе: охотно рассказывает о своих переживаниях, склонен к резонерству, считает, что по непонятной причине к нему многие плохо относятся. Иногда слышит сзади себя оклики по имени и тут же «тихий издевательский смех». Возмущается этим, пытается найти того, кто «это устраивает». Изредка видит в проеме двери появляющуюся и исчезающую тень человека. Относительно спокойно реагирует на зрительные обманы. Привык к ним, понимает, что ему кажется.

В структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома галлюциноиды чаще не связаны с бредом, изолированы от него. Однако иногда рассказ больного об обманах типа галлюциноидов приобретает бредовую окраску. В этих случаях оформление галлюцинаторного образа становится несколько более содержательным (набл. 163) или галлюцинаторный образ остается тусклым, бесцветным, тенью, контуром, но больной «угадывает» в нем какое-то конкретное содержание (набл. 164).

163. Больная В. К., 45 лет.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Больна не менее 20 лет.

В статусе: паралогична, сообщает, что иногда перед глазами появляется «безликий человек». Видится он на расстоянии 3—4 метров, двигающимся в ту или иную сторону, быстро исчезает, — «это нечто среднее между тенью и человеком, видимым сквозь туман». Можно различить волосы, одежду, но вместо лица — пятно. Больная считает, что это ее враг, ее «погибель».

Содержательность галлюциноидов и их связь с бредом тем больше, чем сложнее структура галлюцинаторно-параноидного синдрома.

164. Больной З. Г., 39 лет.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

В 14—15 лет впервые отмечались слуховые обманы — внутри головы непроизвольно возникали музыка и пение итальянских певцов. Появление музыки и пения внутри головы не пугало, не было неприятным, а, наоборот, доставляло удовольствие, наслаждение. К врачам не обращался, так как не

...нит ей, что болен. В 24 года окончил институт, работает. С 31 года временами беспричинно ухудшается настроение, становится подозрительным.

В статусе: ипохондричен, говорит монотонным голосом. Отмечает, что трудно сосредоточиться, часто в голове пустота, нет никаких мыслей. Бесят оклики по имени. Иногда видит проходящую мимо него «тень человека». Узнает, что это тень одного из его врагов, но по каким признакам, объяснить не может. Находясь среди незнакомых людей, «замечает», что на него обращают внимание, говорят про него. Становится неприятно. Старается уйти.

Появление галлюциноидов часто предшествует псевдогаллюцинациям. Иногда порядок появления тех и других установить не удается. Галлюциноиды и псевдогаллюцинации, отмечаемые в статусе, обычно изолированы друг от друга, не имеют сюжетной связи.

165. Больная Н. О., 37 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Больна минимум 15 лет.

В статусе недостаточно доступна, высказывает идеи преследования (отравления). Иногда чувствует, что кто-то сзади кладет руки на плечи, или видит тень какого-то чудовища, проходящего мимо то справа, то слева. Изредка при засыпании и закрытых глазах насильственно, в экстрапроекции возникают образы (лица) незнакомых людей. Лица эти видятся в двух измерениях, калейдоскопически сменяются, но они маскообразны, без мимики. Внутри головы слышит враждебный, предсказывающий гибель голос. Ко всем галлюцинаторным переживаниям не критична, но лишь голос внутри головы реагирует по-бредовому, считая, что это голос ее «отравителя».

Изредка в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома одновременно встречаются зрительные и вербальные галлюциноиды без сюжетной зависимости между ними. При этом вербальные галлюциноиды труднее, чем зрительные, дифференцировать с истинными или псевдогаллюцинациями.

166. Больная З. Д., 33 года.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Больна около года.

В статусе: апатична. Бывают наплывы мыслей. Иногда со стороны слышит неразборчивый шепот двух человек, как будто мужчины и женщины. Несколько раз видела «подобие тени» мышей, проносящихся по воздуху вокруг ее бедер. Стала подозрительной к мужу и знакомым, считает, что они неправильно понимают ее чувства и намерения.

Псевдогаллюцинации Кандинского (1885) составляют основное содержание 11-й классификационной группы. Возникают они при безусловно непомраченном сознании. Во всех случаях представляют собой проявление патологически измененного мышления больного.

Структура и характер псевдогаллюцинаций, степень вовлеченности при них патологически измененного мыслительного процесса разнообразны. Разобраться в этом разнообразии мож-

но на основании ряда объективных данных и субъективных сведений, получаемых от больного. Однако к информации больных о переживаниях, которые мы называем псевдогаллюцинациями, следует подходить с известной осторожностью. Обусловлено это как сложностью понимания, осмысления самими больными их псевдогаллюцинаторных переживаний, так и затруднениями больных при описании, определении этих переживаний.

В. Х. Кандинский (1952) подчеркивает недостоверность в ряде случаев информации больных о псевдогаллюцинациях и невозможность всегда быть уверенным в том, что врач правильно понял больного.

В дополнение к изложенным во II главе материалам об оценке псевдогаллюцинаций по «основным общим и частным критериям», приведем клиническую квалификацию различных вариантов этого феномена на основании анализа:

а) степени критичности больного к психопатологическим переживаниям и связанной с ними эмоциональной реакции, характера чуждости для больного;

б) степени естественности и сенсорности галлюцинаторных феноменов;

в) степени насильственности, навязчивости псевдогаллюцинаций, их реальности для больного;

г) наличия чувства сделанности псевдогаллюцинаций и их взаимоотношения с бредом;

д) характера проекции галлюцинаторного образа и его локализации в субъективном или объективном пространстве;

е) рецепторной принадлежности псевдогаллюцинаций.

Отношение больного к псевдогаллюцинациям отличается обычно большей или меньшей степенью некритичности.

Будучи всегда чуждым для сознания больного, возникновение псевдогаллюцинаций сопровождается «двойственной критикой»: с одной стороны, больной считает псевдогаллюцинаторный образ кажущимся, неестественным, т. е. проявляет элементы критики, а с другой, — обычно объясняет этот феномен по-бредовому, не критично.

В тех редких случаях, когда псевдогаллюцинации не сопровождаются чувством сделанности и бредом (см. ниже), критичность к ним может быть полностью сохранена. Индифферентное для больного или непонятное для него содержание псевдогаллюцинаций, а также нечеткий их характер (неразборчивые голоса) не вызывают сколько-нибудь значительной эмоциональной реакции. В ряде случаев эмоциональная реакция может быть вполне адекватной сюжету псевдогаллюцинаций, вызывающих гнев, страх или радость больного. Значительной сложностью отличается эмоциональная реакция больного на императивные и антагонистические псевдогаллюцинации.

При наличии сюжетной связи псевдогаллюцинаций с приятными для больного бредовыми переживаниями (в частности, с бредом величия), отмечается более живая эмоциональная реакция и, как правило, полное отсутствие критики.

167. Больная Л. К., 26 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма, парафренный синдром.

Больна 7—8 лет. «С этого времени уверовала в бога, до того — была атеисткой».

Примерно 2 года назад почувствовала необычность своего призвания. Поняла, что следы беременности, родов «чудесным образом исчезли», и она «снова стала девственной» (у больной двое маленьких детей). Вместе с тем ощутила в себе проявления новой жизни. Поняла, что произошло непорочное зачатие от святого духа, что она «вторая дева Мария». В течение одного дня внутри головы отчетливо слышала мужские и женские голоса, одни ее порицали, другие защищали. Сейчас считает это проявлением болезни. В течение 25 дней в воздухе перед стеной видела портреты правителей, рыцарей, святых, сменяющихся в определенном порядке. Утверждает, что портреты «проходили» перед глазами и видела она их глазами. Закрывать глаза не пыталась, но отвернуться от портретов не могла, так как они перемещались вместе с ее взглядом. Фигуры и лица на портретах были статичными, плоскостными. Эти «видения» больная считает «ниспосланными свыше», а не проявлением болезни. Чувствует себя «предназначенной для великого будущего». Вокруг ее головы временами «сияет нимб». В ее руках «судьба мира и грядущего рая на земле».

О слуховых псевдогаллюцинациях рассказывает безучастно, без видимого к ним интереса, а зрительные описывает подробно, с выраженной эмоциональной реакцией.

Псевдогаллюцинации всегда, во всех случаях обладают чувственным, сенсорным характером; при этом степень участия патологически измененного мыслительного процесса обратно пропорциональна степени сенсорности псевдогаллюцинаций: чем менее выражена сенсорность, тем больше феномен приближается к собственному мышлению больного, до полного с ним «слияния».

Непроизвольное, как при всех галлюцинациях, возникновение псевдогаллюцинаций обычно сопровождается чувствами насильственности и навязчивости.

В. Х. Кандинский (1952) отмечает, что псевдогаллюцинаторные образы не имеют логической связи с представлениями, бывшими в сознании больного непосредственно перед появлением псевдогаллюцинаций, не связаны с характером преобладающих у больного идей. Поэтому псевдогаллюцинации совершенно независимы от воли больного и почти всегда в высшей степени насильственны.

Навязчивые псевдогаллюцинации в отдельных случаях нелегко отличить от навязчивых представлений. Критерием в данном случае может служить степень сенсорности, чувственности оптического или фонического образа. Оптические псевдогаллюцинации не представляются, а видятся, так же как фонические — слышатся, звучат.

168. Больной Х. Н., 56 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Заболел в 32 года. В дебюте отмечалась галлюцинаторно-параноидная симптоматика. Ремиссия после первого приступа продолжалась 4 года. Затем течение безремиссионное.

В статусе: мышление с элементами ассоциативной разорванности. Паралогичен. Высказывает отрывочные бредовые идеи отношения и преследования. Внутри головы изредка слышит отдельные, ни с чем не связанные слова, произносимые мужским голосом. Иногда тот же голос непрерывно, неотвязно повторяет фразу «тра-та-та, тра-та-та, мы везем с собой кота». Слова этой фразы звучат в голове с различной степенью громкости, зависящей от происходящего вокруг. Так, если больной слушает радио, то навязчивые слова звучат менее громко, в тишине они становятся более громкими. Отделаться от них больной не может, что его очень утомляет.

Навязчивыми, неотступными, «неотвязными» (В. Х. Кандинский, 1952) нередко бывают проецирующиеся перед «внутренним взором» больного зрительные псевдогаллюцинации.

С оценкой чувств насильственности, навязчивости возникновения галлюцинаций сопряжен анализ чувства сделанности галлюцинаторного образа и его реальности для больного. Вместе с тем субъективная оценка больным галлюцинаторного образа в качестве действительно существующего в значительной степени зависит от определения характера проекции в пространство этого образа. Учитывая сказанное, мы несколько нарушаем порядок изложения критериев психопатологической оценки по их значимости и сначала приводим варианты локализации в пространстве псевдогаллюцинаций, а затем анализируем характер их сделанности и реальности.

Проекция галлюцинаторного образа при псевдогаллюцинациях, его локализация может быть самой разнообразной, как «внутренней» — внутри головы, так и «внешней», не обусловленной каким-либо определенным расстоянием от больного.

Вместе с тем галлюцинаторные переживания, возникающие при непомраченном сознании и имеющие внутреннюю проекцию (локализующиеся внутри головы, в мозге) — всегда псевдогаллюцинации. В то же время кажущиеся образы, обладающие экстрапроекцией в представляемое пространство, могут относиться не только к псевдогаллюцинациям, но также к другим видам галлюцинаторных феноменов.

Кардинальным критерием для псевдогаллюцинаций, характеризующихся экстрапроекцией, оказывается то, что они никогда не проецируются в воспринимаемое пространство, не ассимилируются объективным окружением и, как правило, воспринимаются не рецепторными органами, а, по выражению больных, «головой», «мозгом».

Образы псевдогаллюцинаций могут локализоваться:

а) «внутри черепа», в «голове», в «мозге» (набл. 169, 172);

б) одновременно в «голове» и вне «головы» (набл. 170, 171);

в) внутри ушей или внутри одного уха (набл. 172);

г) в пространстве, непосредственно окружающем больного (набл. 173, 174);

д) в отдаленном или ином пространстве, необозримом для больного (набл. 175).

Интрапроекция наиболее типична для вербальных псевдогаллюцинаций и менее для образных — зрительных.

В. Х. Кандинский (1952) исключал интрапроекцию зрительных псевдогаллюцинаций. Мы допускаем относительную их интрапроекцию, то есть такую, при которой зрительные псевдогаллюцинаторные образы видятся перед умственным взором» в представляемом пространстве, но пространство это локализуется в мозге (набл. 169, 172).

169. Больной Г. Д., 29 лет.

В статусе: наряду с выраженным расстройством мышления, отмечаются слуховые и зрительные обманы. В мозге (в области темени) слышится тихий голос. Иногда он возникает «ближе к какому-нибудь уху, чаще правому». Больная улавливает, что тембр голоса — мужской. Он звучит и, по определению больной, «слышится», но не ушами. Голос комментирует действия больной, дает советы, приказывает. Временами внутри головы, ближе к месту звучания «голоса», четко «видит» не глазами, а «внутренним мозговым зрением» фотокарточку мужчины с усиками.

Обычно вербальные (реже зрительные) псевдогаллюцинации, одновременно слышимые или видимые внутри головы и в пространстве, разделяются в сознании больного по «месту возникновения» и «месту слышания». Больные в подобных случаях говорят, что голоса рождаются где-то во внешнем пространстве, но не только воспринимаются «головой», а «слышатся в голове». Такие псевдогаллюцинации, по нашим наблюдениям, всегда сопровождаются чувством сделанности и бредом.

170. Больная Г. Б., 44 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

В статусе: внутри головы слышит громкие голоса летчиков, находящихся в небе и следящих за ней. «Голоса» различные: молодые — тонкие, пожилые—басистые. Слышатся они именно внутри головы, на что точно указывает больная, но исходят из «воздушного пространства, расположенного над больницей». Считает, что летчики интересуются ею и знают каждый ее шаг. С «голосами» свыклась, относится к ним добродушно.

Различая место возникновения и место слышания «голосов», одни больные не пытаются понять, как это происходит (набл. 170), а другие дают этому бредовое толкование (набл. 171).

171. Больной В. К., 32 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Болен не менее 8 лет.

В статусе: недостаточно доступен, молчалив, угрюм. Больным себя не считает. Неохотно сообщает, что часто, неотступно у него возникают «беседы» с женой. Она, находясь дома, обращается к нему, задает вопросы, ругает, а он шепотом отвечает ей. «Голос» жены слышит не издали, а внутри головы, и убежден, что она находится далеко, но транслирует ему в голову свой разговор по рации. О том, что «голос» принадлежит жене, догадывается по характеру ее высказываний, так как «голос неопределенный — ни мужской, ни женский».

При локализации псевдогаллюцинаций (только вербальных) внутри ушей больные иногда указывают на ушную раковину, иногда говорят, что это внутри уха или обоих ушей, но, как правило, не могут разобраться: «голос» только появляется внутри уха, а слышится мозгом, или появляется внутри уха и слышится ухом.

172. Больной Н. Г., 39 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен с 25 лет.
В статусе: внутри правого здорового уха (левое оперировалось) слышит тихий, спокойный комментирующий мужской голос. «Голос» резонансом отдается в мозге. Больной не может разобраться, слышит ли его в правом ухе или он только исходит оттуда. Возникновение «голоса» вызывает беспокойство, тревогу.
Кроме того, изредка внутри головы возникают довольно яркие сценические картины, возвещающие будущее. Больной сравнивает их со сценами сновидений, но бывают они в бодрствующем состоянии и не перед глазами (как во сне), а внутри головы, как бы «представляются».

При расположении псевдогаллюцинаторных образов в непосредственной близости от больных последние обычно настаивают на том, что кажущиеся образы или «голоса» располагаются не внутри головы, а рядом. Иногда они даже указывают, что картины видятся перед глазами или слышатся, например, справа. При этом не имеет значения, открыты или закрыты глаза, затыкает больной уши или нет.

173. Больной Д. О., 23 года.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.
Заболел в 18 лет. После первого приступа была ремиссия продолжительностью около 4 лет.
В статусе: вял, беседует без видимого интереса. Отмечает невозможность сосредоточить мысли, часто чувство пустоты в голове. Эмоционально снижен. Рассказывает, что временами слышит четкий, ясный, очень злой мужской голос. Раздается он где-то рядом, но воспринимается в виде эха в мозге. «Голос» приказывает не отвечать матери, ни с кем не разговаривать, изредка ругает. Пробовал затыкать уши, но «голос» слышится еще сильнее. К галлюцинаторным переживаниям не критичен. Догадывается, что кто-то ему вредит, а «как это устраивают — непонятно».

Рассказывая о псевдогаллюцинациях, локализующихся рядом, больные в одних случаях не могут определить, где именно они находятся — «где-то вокруг головы» или «где-то около». В других — указывается, что псевдогаллюцинаторные образы расположены перед глазами или возле ушей, но в их восприятии глаза и уши участия не принимают. В обоих случаях можно говорить об условной экстрапроекции, хотя во втором случае образ, расположенный перед глазами, «неотделим от взора» — куда бы больной ни повернул голову, псевдогаллюцинаторный образ сохраняет прежнее расположение.

Правильность отнесения к одному и тому же классу явлений псевдогаллюцинаций с внутренней и условно внешней проекци-

ей подтверждается тем, что у одного и того же больного могут наблюдаться вербальные псевдогаллюцинации (обычно с интрапроекцией) и зрительные — с экстрапроекцией. При этом вербальные и зрительные псевдогаллюцинации либо одновременно входят в структуру психоза, либо возникают последовательно, без определенной закономерной взаимозависимости. Сюжетной связи между ними, «прямого логического соотношения», по мнению В. Х. Кандинского, не бывает.

171. Больной Ш. Г., 17 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен, по-видимому, около 4 лет. Ранее к врачам не обращался.

В статусе: малодоступен, неохотно беседует. Неадекватно улыбается. С трудом удается выявить, что перед закрытыми и открытыми глазами видит различные картины из своего прошлого и будущего. Картины эти четкие, яркие, «как хорошие сны», но видятся наяву днем. Больной сообщает, что он пробовал загораживать глаза книгой, пробовал отворачиваться — все остается на прежнем месте. В связи с этим он высказывает предположение, что если ему выколоть глаза, то «видения» будут оставаться прежними.

Наряду со зрительными обманами, внутри головы слышит собственный голос. Легко узнает его. «Голос» неблагоприятно отзывается о больном. К галлюцинаторным переживаниям относится без видимой эмоциональной реакции. Психически больным себя не считает.

При псевдогаллюцинациях, локализующихся вне поля зрения, галлюцинаторный образ воспринимается так же, как при остальных псевдогаллюцинациях, без участия органов слуха и зрения («головой», «мозгом», «своим я»). Однако больные при подобных переживаниях часто используют выражения «вижу» и «слышу» и нередко настаивают, что они действительно видят и слышат.

Е. Блейлер (1920, 1922) назвал такие галлюцинаторные переживания экстракампинными галлюцинациями. Однако он к экстракампинным отнес и галлюцинаторные образы, локализующиеся не только за головой, за глазами, но также внутри головы, то есть феномены, которые В. Х. Кандинский отнес к псевдогаллюцинациям.

Экстракампинные (вне поля зрения) псевдогаллюцинации бывают вербальными и зрительными. Вербальные «слышатся мозгом», «откуда-то из вселенной», издалека, из другой страны и т. п.

Зрительные — это, например, наблюдавшееся у нашего больного «видение» (не глазами, а каким-то непонятным способом) чертика, сидящего за его спиной.

Экстракампинными зрительными и вербальными псевдогаллюцинациями можно назвать также образы, расположенные «далеко в небесах», но «видимые» сквозь потолок, слова, долетающие из космоса и т. п.

175. Больной Е. А., 38 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен с 23 лет.

В статусе: наряду с выраженным расстройством мышления выявляются разнообразные зрительные и слуховые галлюцинации с бредовым их толкованием. Внутри головы слышит мужские голоса, повторяющие мысли больного. Иногда такие же «голоса» возникают где-то за светящейся лампочкой и слышатся мозгом. Кроме того, из космоса доносится «гулкий, неестественный, заполняющий всю вселенную» голос, имеющий прямое отношение к больному. Слышит его не ушами, а «всем существом». Где-то вдали в небе, без точной локализации видит большую туманную голову космонавта. «Видение» это сохраняется при закрывании глаз и бывает тогда, когда больной находится в комнате.

Чувство объективности или реальности, действительности не сопровождает появление псевдогаллюцинаторных образов и потому больные никогда не смешивают их с реальными восприятиями (как это бывает при истинных галлюцинациях). Безусловное отсутствие чувства реальности псевдогаллюцинаторного образа при этом обусловлено не его интрапроекцией, которая не обязательна, а тем, что он никогда не ассимилируется объективным окружением.

176. Больной В. Б., 22 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Заболел в 16 лет. Стал подозрительным. Считал, что на него как-то влияет и воздействует сосед, живущий этажом ниже. Однажды внутри головы услышал мужские и женские голоса, доброжелательные и недоброжелательные, просящие и дающие советы. Голоса усиливались при затыкании ушей. Почти одновременно стала появляться тень «не то человека, не то какого-то существа». Локализовалась она непосредственно «в самих зрачках» и виделась одинаково при закрытых и открытых глазах. Голоса и тень воспринял как нечто необычное, неестественное, необъективное. Понял, что это «проделки все того же соседа».

Кардинальным признаком псевдогаллюцинаций, рассматриваемых в виде одной из форм сенсорного проявления феномена психического автоматизма, принято считать чувства постороннего влияния, внешнего воздействия, сделанности.

Сопровождение псевдогаллюцинаций чувствами постороннего влияния, сделанности В. Х. Кандинский (1952) объясняет отсутствием при псевдогаллюцинировании «чувства собственной внутренней деятельности», появлением псевдогаллюцинаторных слов и фраз «из бессознательной сферы души» («совершенно неожиданно для больного и вполне независимо от его воли»), что обусловливает «поиск больным причины явления не в самом себе, а в посторонних воздействиях».

Однако наличие при всех без исключения псевдогаллюцинациях чувства сделанности не всегда подтверждается клинически.

На основании немногих наблюдений можно предположить, что лишены чувства сделанности и не связаны с бредом псевдогаллюцинации, возникающие в очень раннем детстве. Такое предположение сообразуется с суждением о том, что при начале шизофренического процесса в раннем детстве псевдогаллюцинации встречаются крайне редко, а бреда почти никогда не бывает.

177. Больной О. Р., 27 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Заболевание началось, по-видимому, в раннем детстве. Больной утверждает, что сколько помнит себя, его мысли произносятся (не повторяются, а выражаются) его собственным голосом, слышимым внутри головы. До недавнего времени полагал, что так происходит у всех людей. Чувства сделанности или постороннего влияния нет. Наряду с этим подозрителен, сторонится товарищей по работе. Считает, что они враждебно к нему относятся, но ни в какой степени не связывает слышимый им в голове собственный голос с «враждебностью» людей. Паралогичен. Не проявляет никакой эмоциональной реакции к псевдогаллюцинациям и в то же время очень эмоционально реагирует на кажущуюся враждебность окружающих.

Отсутствие чувства «сделанности псевдогаллюцинаций» в ряде случаев можно констатировать, несмотря на наличие в структуре психоза бредовых переживаний, никак и ничем с псевдогаллюцинациями не связанных, как бы изолированных от них (набл. 177, 178).

178. Больной Е. И., 30 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Болен в течение 6 лет. В больницу поступает второй раз.

В статусе: внутри головы слышит диалог двух голосов — «голоса сердца и голоса разума». Эти голоса имеют четкую сенсорную окраску, различные громкость, тональность и возникают непроизвольно, бывают навязчивыми, но не сопровождаются чувством сделанности. Одновременно больной неуверенно рассказывает о том, что за ним следят, смотрят на него нехорошо, о нем говорят знакомые и незнакомые люди. По содержанию бредовые высказывания никакой связи с диалогом внутри головы не имеют.

В большинстве же случаев псевдогаллюцинации сопровождаются чувством сделанности, степень выраженности которого бывает различной. Так, при некоторых наблюдениях прямые указания на наличие чувства сделанности псевдогаллюцинаций отсутствуют, вместе с тем возникновение других, входящих в структуру синдрома психопатологических феноменов, сопровождается чувством сделанности. В подобных случаях можно предполагать, что чувство сделанности псевдогаллюцинаций либо еще не сформировалось, либо не осознается больным.

179. Больная Л. К., 66 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Всегда отличалась странным неуравновешенным характером, мнительностью. Заболела, по-видимому, в 32 года.

В статусе: периодически высказывает идеи ущерба. Внутри головы четко слышит голос сына, мысленно разговаривает с ним. Как может голос сына слышаться внутри головы, не понимает. Конфликтует с соседкой по палате, которая, по мнению больной, слышит диалог с сыном и рассказывает о нем другим. Считает, что все больные к ней плохо относятся, влияют на ее мысли, «на работу головы».

Сформировавшееся чувство «сделанности» псевдогаллюцинаций обычно составляет содержание бредовых переживаний больного. Вместе с тем было бы неправильно отождествлять чувство сделанности и бред. «Чувство сделанности» — это осмыс-

ление больным причины появления псевдогаллюцинаций. Оно еще бессюжетно, но всегда ведет к бреду, имеющему определенный сюжет. Поэтому теоретически можно предполагать, что между осмыслением «сделанности псевдогаллюцинаций» и развитием бредовой их интерпретации проходит какое-то время.

Однако порядок появления во времени псевдогаллюцинаций и бреда при их сюжетной связи нередко трудно установить. Удается отметить лишь, что практически в информации больного псевдогаллюцинации либо предшествуют бреду, либо чаще появляются одновременно с ним.

180. Больная Г. Н., 44 года.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна в течение 16 лет.
В статусе: слышит внутри головы два женских голоса, близких по тембру, поддакивающих друг другу, ругающих больную, приказывающих ей делать плохое. Высказывает идеи преследования и физического воздействия. Считает, что «голоса специально устраивают» ее недоброжелатели, не понимает, «как они это делают». Когда впервые услышала «голоса» внутри головы, «не сразу поняла, что они что-то означают, но потом быстро догадалась».

Сопровождающее псевдогаллюцинации чувство сделанности часто выражается в виде сформировавшегося бреда воздействия. При этом бреде больной говорит обычно не о «внешнем влиянии» или о неопределенном понимании чьего-то участия в возникновении голосов, а конкретно указывает на происхождение «голосов» в результате воздействия специальной аппаратуры, гипнотизеров и др. В подобных случаях систематизированный, как правило, бред включает псевдогаллюцинации, дополняющие и подтверждающие его.

181. Больной Н. Б., 51 год.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен, по-видимому, с детства.
В статусе: мышление непоследовательное, паралогичное. О себе рассказывает охотно, с явным удовольствием. Убежден в том, что с 4-летнего возраста ученые формируют из него особого человека, «годного в космос и в коммунизм». Понял это только теперь. Считает, что с целью формирования его личности на него воздействуют из Сибири и из Москвы специальными аппаратами, вкладывают в голову мысли и непонятные фразы: часто повторяют про какие-то 10 тысяч кирпичей и звезду. Все это одним и тем же мужским голосом, который слышится в глубине ушей или мозге. Показывают ему «странные картины» — обнаженных женщин в различных позах. Картины видит ясно, четко, «внутри глаз, но как бы перед ними». Когда закрывает глаза, картины видятся ярче. Часто «подают не тот запах» и «заменяют» вкус; больной кладет в чай сахар, а чай оказывается соленым. Ощущает на себе воздействие лучей, направляемых теми же аппаратами.

Таким образом, псевдогаллюцинации составляют основу связанного с ними по содержанию бреда. Взаимоотношение между бредом и псевдогаллюцинациями бывает различным.

Так, В. Х. Кандинский (1952), описывая развитие психоза Долинина, отмечает, что одни псевдогаллюцинации «как бы служили иллюстрацией» к

бреду, а другие — «своим содержанием нередко давали новую пищу для бреда больного»*.

Повторим, что сюжетная связь между бредом и псевдогаллюцинациями может быть прямой, — при совпадении содержания галлюцинаций с бредовыми переживаниями, или «непрямой», «опосредованной», — в случаях, когда содержание галлюцинаций «приспосабливается» к бреду паралогичными рассуждениями самого больного.

Приведенные положения, на наш взгляд, имеют практическое (диагностическое) значение не только при анализе взаимоотношения бреда и галлюцинации в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома, но также при оценке соотношения между бредом, псевдогаллюцинациями и галлюцинациями. Действительно, галлюцинаторно-параноидный синдром в одних случаях может включать бред и истинные галлюцинации или бред и псевдогаллюцинации, а в других — бред, истинные и псевдогаллюцинации. В этом последнем случае для понимания патокинеза столь сложного синдрома имеет большое значение сопоставление по времени возникновения и сюжетной связи не только бреда и тех или иных галлюцинаций, но также истинных и псевдогаллюцинаций между собой.

Рецепторная принадлежность псевдогаллюцинаций определяется терминами «зрительные», «слуховые» и т. д. Вместе с тем в восприятии псевдогаллюцинаторных феноменов органы чувств, как правило, участия не принимают. Следовательно, теоретически эти феномены, быть может, более правильно было бы называть без ссылки на рецепторы — оптическими, фоническими и т. п. Однако, называя псевдогаллюцинации зрительными, слуховыми и другими, мы используем более привычную для нас терминологию, часто соответствующую выражениям больных. Поэтому в предшествующем и последующем изложении мы сохраняем обозначения псевдогаллюцинаций по органам чувств, лишь заменяя в большинстве случаев термин «слуховые псевдогаллюцинации» термином «вербальные псевдогаллюцинации».

Учитывая, что псевдогаллюцинации являются сенсорным выражением патологического расстройства мышления, можно говорить не только о зрительных, слуховых (вербальных) псевдогаллюцинаторных феноменах, но, по-видимому, также о тактильных, обонятельных и вкусовых.

В. Х. Кандинский (1952), подчеркивая ведущее значение изучения зрительных и слуховых псевдогаллюцинаций, признает, что «псевдогаллюцинации возможны в сфере каждого из чувств».

Проиллюстрируем правильность приведенных соображений некоторыми наблюдениями. Так, несомненно отвечают всем при-

* В. Х. Кандинский, «О псевдогаллюцинациях». М., 1952, с. 79, 80.

знакам псевдогаллюцинаций близкие по смыслу тактильные переживания, выявленные у больных П. М. (набл. 150) и К. К. (набл. 182).

182. Больная К. К., 18 лет.

Диагноз: шизофрения, паранойяльная форма.

В клинической картине: избирательно общительна, несколько насторожена. В беседе пассивно жалуется на то, что трудно сосредоточить внимание. Паралогична. Свои болезненные переживания и поступки старается объяснить рационально.

Среди болезненных переживаний основное место занимают полиморфные по содержанию, часто нелепые навязчивости: большинство действий больной (одевание, мытье, ходьба и др.) сопровождаются навязчивыми ритуалами. Так, прикоснувшись к чему-либо, она по многу раз моет руки. Мытье рук проводит по определенной системе: «восемь — четыре — восемь», т. е. больная 8 раз моет кисти, затем 4 раза до локтевого сустава и опять 8 раз кисти. Подобное мытье продолжается очень долго. Душ принимает по 3—4 часа подряд.

Если больная проходит мимо урны, то ей обязательно кажется, что она задела ее и должна повторить вновь свой путь мимо урны на определенном от нее расстоянии.

Если больная одевается, то ей кажется, что вынув из мешка трусики и надевая на себя, она задела ими пол, поэтому возникает необходимость вновь положить трусики в мешок, вынуть их и осторожно надеть на себя. Если трусики касаются стены или унитаза, то это вызывает у больной мысль о возможности забеременеть и она успокаивается только тогда, когда повторяет от начала до конца всю операцию с надеванием трусиков. Таким образом, больную «успокаивает» сам по себе ритуал, а не достижение какой-либо «санации». Иногда больной кажется, что за ней кто-то идет. В этом случае она вынуждена перейти на другую сторону улицы, вернуться, перейти вновь на прежнюю сторону и проделать весь путь повторно.

Около года назад появились необычные переживания: находясь на улице или в трамвае, больная вдруг ощущает, что ее кто-то «ущипнул». Чувствует она это не столько физически (хотя имеется ощущение прикосновения без точной его локализации), сколько «умственно». Нередко связывает прикосновение и «щипок» с кем-либо из прохожих. Прохожий этот, однако, может находиться на другой стороне улицы, в проезжающем транспорте и т. д.

Активной критики к своим переживаниям не проявляет.

Квалификация обонятельных псевдогаллюцинаций (впрочем, как и вкусовых) особенно сложна. С одной стороны, их трудно дифференцировать с соответствующими истинными галлюцинациями и иллюзиями, с другой — их нередко трудно отличить от бреда, не сопровождающегося галлюцинаторным синдромом.

Так же как при других псевдогаллюцинациях, подтверждением наличия обонятельных может быть указание больного на то, что беспокоящие его запахи воспринимаются не носом, а иным непонятным путем, иногда мозгом.

183. Больной Ш. Г., 42 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Болен с 26 лет.

В статусе: наряду с расстройством мышления изредка слышит издали (за стенами дома, кинотеатра, завода) далекий гулкий голос, приказывающий ему нецензурно выругаться, закричать, кого-либо ударить. Временами ощущает неприятный «синий запах». Объяснить, почему запах синий и на что он похож, не может. Запах этот непосредственно «входит в голову»,

то есть воспринимается не носом. Сложной системой паралогичных рассуждений увязывает «голоса» и запах с содержанием бреда преследования.

При обонятельных псевдогаллюцинациях, входящих в структуру сложного галлюцинаторно-параноидного синдрома и сюжетно связанных с бредом, весьма трудно отграничить бредовой характер этих переживаний от чувственного. Так, при бредовом убеждении, что весь мир гибнет и умирает множество людей, возникновение трупного запаха может рассматриваться в качестве компонента бреда, а не в качестве переживания, имеющего сенсорное содержание.

184. Больная Н. О., 25 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна 6 лет.
В статусе: считает, что на весь мир действует радиация, мир постоянно разрушается, и все живое погибает. Отчетливо видит, что окружающие ее люди чернеют или желтеют от радиации. Ясно ощущает трупный запах, проникающий в ее голову через рот, уши, нос, глаза. Не уверена, что это запах, а не какое-либо «трупное вещество». Внутри головы слышит голос, называющий больную «христовой невестой». Полагает, что когда мир разрушится и все погибнет, она вознесется на небо к Христу.

Обонятельные псевдогаллюцинации, так же как обонятельные галлюцинации, следует отличать от одного из видов дисморфомании — бреда, при котором больной убежден, что от него исходит неприятный запах, но ощущения этого запаха нет (набл. 155 и 185).

185. Больная Д. М., 21 год.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна около 3 лет.
В статусе: несколько напряжена, не вполне доступна. Высказывает бредовые идеи отношения и преследования, считает, что окружающие подглядывают и ходят за ней, устраивают какие-то «козни», «подготавливают провокацию». По поведению окружающих (родственников, незнакомых людей в трамвае и др.) понимает, что от нее исходит неприятный запах. Замечает, что люди отворачиваются от нее, стараются сесть подальше, затыкают нос платком. Сама этот запах не ощущает, но в этом не уверена, думает, что «принюхалась».

Анализ стабильности и лабильности, статичности и динамичности псевдогаллюцинаций позволяет оценить остроту заболевания. Так, по мнению В. Х. Кандинского (1952), часто сменяющиеся псевдогаллюцинации бывают при острой идеофрении, а стабильные, устойчивые, односюжетные — при хронической. При этом частая сменяемость, калейдоскопичность, множественность псевдогаллюцинаций или, наоборот, их единичность, неотступность нередко сопровождаются статичностью в пределах галлюцинаторного образа, его оформлением в двух измерениях. Например, быстро сменяющиеся псевдогаллюцинаторные образы великих людей, святых и т. д. в наблюдении 167 оформлены в виде плоскостного, портретного изображения лиц без мимики и динамики в пределах портрета.

Перечисление видов псевдогаллюцинаций, помимо зависящих от характера проекции и рецепторной принадлежности, необходимо дополнить гипнагогическими и гипнопомпическими, аутоскопическими, висцероскопическими, висцерофоническими и антагонистическими.

Гипнагогические и гипнопомпические псевдогаллюцинации не всегда легко отличить от соответствующих галлюцинаций. Это насильственно возникающие при засыпании и пробуждении зрительные, слуховые и другие обманы, имеющие безусловную сенсорную окраску, «всегда умственные», воспринимаемые без участия органов чувств. Если гипнагогические и гипнопомпические псевдогаллюцинации отмечаются у одного и того же больного, то они, как правило, имеют разные, не связанные друг с другом сюжеты.

186. Больная В. У., 21 год.

Диагноз: шизофрения, паранойяльная форма.

В пятилетнем возрасте нередко вечером пугало появление перед глазами «страшных морд». Помнит, что «морды» виделись вблизи от взора, исчезали при включении света. В школьные годы с 1-го по 10-й классы отмечались элементарные слуховые обманы: слышались звонки, стуки, шаги в соседней комнате. Однажды, когда мыла пол в классе, услышала разборчивый мужской голос, сказавший: «Мой». Очень испугалась. Иногда ощущала чье-то присутствие за спиной. Последние 2 года зрительные и слуховые обманы беспокоят чаще, стали более разнообразными.

При пробуждении, непосредственно перед взором на расстоянии 20—25 см, видит в воздухе силуэт черного человека, который постепенно удаляется, уменьшается и исчезает. Вечером при выключении света прямо перед взором возникают «страшные морды с рогами». Видения отчетливы, рельефны, объемны. При закрывании глаз не исчезают. При поворотах головы «плывут» за взором. Усиливаются при засыпании, исчезают при включении света.

Иногда вечером перед засыпанием слышит в пределах комнаты без четкой локализации грубые юношеские, мужские голоса, повторяющие одни и те же фразы, они всегда неприятны, всегда пугают.

Аутоскопические псевдогаллюцинации — это видение «внутренним оком» своего собственного изображения, обычно плоскостного, статичного. Теоретически можно предположить двоякую локализацию аутоскопических псевдогаллюцинаций: внутри головы и перед взором. Однако в числе наших наблюдений имеется лишь второй вариант (набл. 29).

От аутоскопических псевдогаллюцинаций следует отличать так называемое «двойное самоощущение», «экмнезию».

Термин «экмнезия» определяет феномен, при котором больной ощущает в себе признаки прежней собственной жизни или прежнего мистического существования. Этот феномен трудно отличить от атипичного «чувства пережитого». С некоторой натяжкой экмнезию можно отнести к своеобразным псевдогаллюцинациям «общего чувства».

При наличии подобных переживаний, если они возникают па-

роксизмально, необходимо проводить дифференциальный диагноз между шизофренией и эпилепсией.

187. Больной К. Я., 48 лет.

Диагноз: шизофрения с вялым течением, психопатоподобными проявлениями.

Болен, по-видимому, лет с 16—17.

В статусе: освоившись с собеседником, охотно отвечает на вопросы. Склонен к резонерству. Часто бывает паралогичен. Высказывает с некоторым нежеланием религиозные и мистические взгляды. При тщательном обследовании выявляется своеобразный феномен «двойного самоощущения»: временами, чаще вечером, возникает «непередаваемое» чувство присутствия в себе какого-то второго существа. Чувство это продолжается менее секунды. Одновременно оно вызывает любопытство и бывает неприятным. Больной убежден в том, что души ныне живущих людей ранее, быть может много веков назад, «обитали» в других живых существах. Эти существа могли быть не только людьми, но также любыми животными. Переживаемое им чувство «двойного земного существования» больной объясняет возвращением на мгновение того существа, в котором ранее обитала его душа. При тщательном обследовании не удается выявить каких-либо эпилептиформных состояний или изменений личности по эпилептическому типу.

Висцероскопическими и висцерофоническими принято называть галлюцинаторные феномены, при которых больной видит свои внутренности, происходящее внутри собственного организма, или «слышит» («не ушами, а мозгом») звуки и слова, возникающие где-то неопределенно в теле* (В. А. Гиляровский, 1938). Эти феномены могут быть отнесены к числу экстракампинных, поскольку локализуются вне поля зрения. Они встречаются относительно редко, отличаются в отдельных случаях яркостью, сложностью композиции и всегда входят в структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома, включающего обычно бред нелепого содержания.

От висцероскопических псевдогаллюцинаций следует отличать «висцеральные», «соматические», «телесные» галлюцинации, при которых больной ощущает посторонний предмет или живое существо под кожей, в животе, в сердце и т. д. При висцеральных галлюцинациях характерны конкретность постороннего предмета, существа и четкая его локализация, и, главное, не «виденне» его, а ощущение. Висцеральные галлюцинации, таким образом, тактильные, а висцероскопические псевдогаллюцинации — зрительные.

Весьма демонстративно висцероскопические псевдогаллюцинации представлены наблюдением 188, любезно переданным в наше распоряжение Б. М. Куценком.

188. Больная В. Б., 44 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Заболевание началось в 30 лет с упорных головных болей и трудности сосредоточиться. Вскоре появились «наплывы мысли», мешавшие вести разговор. Мысли касались больной, были неотступными, неотвязными: о том, что

* Голоса, локализующиеся в животе, сердце, суставах и слышимые ушами, мы относим к галлюцинациям, а не к псевдогаллюцинациям.

она «ни в чем не виновата, ничего плохого не сделала, словом, никого не обидела, а была, как на исповеди».

Через 4 года после начала заболевания впервые появились слуховые обманы: слышала «писклявые голоса» императивного характера. «Голоса» эти как бы окружали больную, доносились из близкого пространства без точной локализации. При затыкании ушей не исчезали, а становились более громкими. Они «заставляли отравиться, повеситься, кончить жизнь самоубийством, идти на любой поступок, чтобы дальше не жить». В дальнейшем содержание «голосов» изменилось. Они были в виде вопросов и ответов. «Голоса» спрашивали: «Что такое вселенная? Как устроен атом? Как построить новую военную машину? Есть ли бог на свете?» И сами отвечали, что есть «бог ушей», «бог мух», «бог языков» и другие боги.

Еще через 2 года появились зрительные обманы. Галлюцинаторные образы располагались перед глазами больной без ассимиляции объективным пространством и следовали за взором больной, но не исчезали при закрывании глаз. Она видела продолговатую машину с головой, как в сказке «Руслан и Людмила», которая представляла собою профессора, а рядом с ней черненькую машину, как куклу, комментирующую происходящее: «Прохожу по отделению и большая машина говорит, что у такой-то больной такое-то заболевание, а маленькая машина комментирует, по какой причине произошло заболевание», например, и эпилепсия произошла потому, что в СССР змей ловят и рогатками надавливают на голову. При этом ведутся наблюдения, какие изменения происходят в мозге и почему бьется эта змея. Путем кибернетического воздействия происходит влияние на человека, у него возникает эпилепсия». Или: «Мы создаем шизофренический машинный мозг и путем кибернетики подключаем к человеку; у него получается шизофрения». Когда находящаяся в пространстве перед взором продолговатая машина двигалась, больная ощущала «свечение собственных глаз». Иногда перед глазами появлялся туман — «вроде множества капелек росы». В каждой капельке виделся незнакомый человеческий глаз.

В статусе: вычурна, манерна, паралогична. Мышление с элементами разорванности. Испытываемые больной в настоящее время обманы зрения тесно переплетаются, сливаются с бредовыми переживаниями: «в месте, где находятся легкие, четко, ясно, «каким-то внутренним зрением» видятся никотиновый аппарат и проскакивающие, как при вольтовой дуге, лучи». Когда эти лучи сходятся, тогда появляется сильное желание курить — «невозможно удержаться». Видит свою печень, обтянутую золотистой проволочкой темного цвета, изогнутой формы. Испытывает ощущение, как будто желудок и мозг связаны бронхами. К своим высказываниям не критична. Психически больной себя не считает. По-бредовому расценивает стационирование. Враждебно относится к матери, убеждена, что мать «травила ее в утробе», а теперь хочет только того, чтобы она «находилась в больнице и пила химию». Формальная ориентировка в месте и времени всегда сохраняется.

Антагонистические псевдогаллюцинации, по-видимому, всегда вербальные, нередко приходится дифференцировать с антагонистическими истинными и антагонистическими психическими галлюцинациями, а также соответствующими галлюцинозами и галлюцинациями помраченного сознания.

Феномен состоит в восприятии двух или нескольких «голосов», высказывающих противоречивые мнения. Содержание антагонистических псевдогаллюцинаций всегда касается больного. В одних случаях «голоса» спорят между собой «за и против» больного. В других — имеются «доброжелательные» и «враждебные» голоса, но в диалог между собой они не вступают, а либо «говорят» про больного, либо «обращаются» непосредственно к нему.

Эти галлюцинации могут восприниматься обоими ушами, и тогда они чаще характеризуются признаками истинных галлюцинаций. Иногда при антагонистических галлюцинациях доброжелательные «голоса» слышатся одним ухом, а недоброжелательные — другим. Эти обманы чаще локализуются внутри ушей или внутри головы и относятся к психическим или псевдогаллюцинациям.

Галлюцинаторные феномены, относимые нами к антагонистическим псевдогаллюцинациям, наблюдали Н. М. Попов, П. И. Ковалевский, В. П. Сербский и др.

П. И. Ковалевский (1886) приводит наблюдение Винслова над больной, спрашивавшей врача, каким «голосам» она должна повиноваться: «голосам» в правом ухе, которые понуждают произносить богохульные и непристойные выражения, производить действия, противные характеру и привычкам, или «голосу» в левом ухе — нежному, принадлежащему совести, умоляющему не поддаваться искушениям сатаны, бороться с его злыми внушениями.

В случае Н. М. Попова (1897), больной офицер слышал внутри левого уха враждебные «голоса», которые называли его клятвопреступником, угрожали расстрелять, повесить, казнить, а внутри правого уха — доброжелательные «голоса». Антагонистические разносюжетные галлюцинации дают основание некоторым авторам говорить об известной автономии, «самостоятельном функционировании каждого полушария головного мозга (В. П. Сербский, 1906).

По-видимому, антагонистические псевдогаллюцинации встречаются несравненно чаще антагонистических истинных галлюцинаций, существование которых вообще оспаривается. Однако мы наблюдали больную, у которой в структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома входили истинные галлюцинации, антагонистические истинные галлюцинации и антагонистические псевдогаллюцинации (набл. 189). По-видимому, с такой же частотой, как антагонистические псевдогаллюцинации, встречаются антагонистические пограничные психические галлюцинации, при которых «звучащие», «комментирующие» или «вложенные» мысли имеют одновременно противоположное содержание.

189. Больная Б. Р., 37 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна с 29—30 лет.

Давно «заметила», что на работе администрация стала плохо к ней относиться. «Поняла», что в учреждение поступают анонимные письма, порочащие ее. Вскоре появились галлюцинации: обоими ушами попеременно слышит два «голоса». Один из них обычный, реалистичный мужской. Слышится он левым ухом после каких-либо личных неприятностей. Он благожелателен, руководит действиями больной, дает ей хорошие советы. Другой — не вполне четкий, слышится правым ухом с нарастающей громкостью. Возникает при плохом физическом самочувствии. Этот «голос» недоброжелателен, критикует больную, дает заведомо провокационные советы.

Недавно отметила ухудшение самочувствия: появились «дымки в глазах». Обоими ушами слышит гулкий «мужской голос», «заставляющий повеситься в туалете». Разговаривает вслух с «голосом», объясняет ему, что повеситься не может, так как кругом медперсонал и больные. Критика отсутствует.

В заключение обзора феноменов 11-й группы остановимся на одном атипичном случае. Атипичность его состоит, во-первых, в некотором, хотя не вполне достоверном, участии органов чувств в восприятии псевдогаллюцинаций, во-вторых, — в участии при возникновении некоторых зрительных галлюцинаторных феноменов механизма, близкого к эйдетическому. Интерес приводимого ниже наблюдения заключается еще в том, что его описание включает различные варианты галлюцинаторных феноменов, многие из которых можно в большей или в меньшей степени отнести к псевдогаллюцинациям.

190. Больная Л. О., 20 лет.

Диагноз: шизофрения, паранойяльная форма.

Заболевание началось в 8 лет с того, что однажды утром внезапно в полутора метрах от себя увидела фигуру женщины в уменьшенном виде. Ранее эту женщину неоднократно встречала в булочной и почему-то боялась ее. «Видение» длилось несколько секунд. В дальнейшем «видения» повторялись ежедневно, при этом круг видимых лиц расширялся. Появление зрительного образа всегда бывало неожиданным, иногда совпадало с мыслями больной, иногда нет. Не понимала, что с ней происходит, родителям ничего не говорила.

Через 4—5 лет зрительные обманы участились, стали более навязчивыми. Виделись они четко, ярко. При закрывании глаз не исчезали. Мешали заниматься, сосредоточить внимание. Чтобы освободиться от «видения», мотала головой, зажмуривала глаза. Это заметили родители. О своих переживаниях говорила неохотно, просила никому не сообщать. Понимала, что все это лишь кажется, но не исключала, что ее могли сглазить (например, та женщина, которую она увидела первой).

В 15—16 лет зрительные обманы приобрели некоторые новые свойства. Так, возникнув непроизвольно, они могли изменяться по желанию больной. Увидев женщину в белом платье, больная «напряжением мысли заменяла платье на расцвеченное». При неподвижном зрительном образе возникала мысль, что он должен двигаться, и, действительно, видимый образ человека начинал производить какие-то движения. После очередной беседы с врачом, анализируя вопрос: «не слышит ли она голоса?» — услышала приглушенную речь, смысл которой разобрать не могла. Со временем научилась заменять неприятные зрительные образы приятными. Нередко использовала защитные ритуалы: снимала и надевала пижаму, закрывала и открывала дверь и т. п. Делала это по многу раз и прекращала после вмешательства родителей. Иногда застывала в однообразной позе. В дальнейшем объясняла родителям, что, когда она неподвижна, меньше беспокоят зрительные обманы.

Лет в 18 отметила новое явление: в мозге неожиданно, без связи с содержанием мышления, возникало какое-либо слово (мысленно, без звучания). Слово это было навязчивым, обычно неприятным, «предвещало беду в будущем». Мысленно старалась переделать неприятное слово в приятное, например, «горб—горбушка — наш хлеб».

За время болезни изменился характер: стала обидчивой, капризной, несдержанной, враждебной по отношению к матери. Около года назад, подумав однажды, что может увидеть и себя, стала видеть свое изображение перед глазами («как на фотографии»). С недавнего времени изредка ощущает запахи неприятного характера.

В статусе: сидит, не меняя положения, гипомимична. Фон настроения понижен. В контакт сначала вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно, не сразу. В дальнейшем сообщает о бывающих у нее обманах зрения: по нескольку раз в день перед глазами на расстоянии 1,5—2 м возникают фигуры людей или пейзажи. Появление некоторых зрительных обманов часто, по мнению больной, провоцируется ее «мыслью» и воспоминаниями, об-

ращенным к ней вопросом или случайно услышанным словом. Так, больная, подумав о ком-либо, внезапно видит его перед глазами очень рельефно во весь рост.

Обычно провоцируется появление зрительных образов, но не их содержание. Например, в начале беседы у больной нет никаких «видений». При вопросе врача: «не видит ли она кого-нибудь», тут же видит мать, стоящую неподалеку. При вопросе: «Одна мать или с ней еще кто-нибудь?» — видит появившуюся рядом кошку.

Возникнув, зрительный образ становится неотступным, навязчивым, долго не исчезает. Иногда он видится в глубине пространства, уменьшенным во много раз, в двух измерениях. Вообще образы людей, животных могут быть объемными или плоскостными, телесными или прозрачными. Непрозрачные телесные образы, приближаясь, увеличиваются и, отдаляясь, уменьшаются; прозрачные, наоборот, отдаляясь — увеличиваются, а приближаясь — уменьшаются.

Зрительные образы видятся как при открытых, так и при закрытых глазах, как правило, слева от взора. От них нельзя отвернуться или избавиться, закрыв глаза. При сосредоточении внимания на образах, контуры их усиливаются, при отвлечении внимания — ослабляются. Появление «видений» не сопровождается чувством сделанности. Образы могут быть как неподвижными, так и динамичными(с движением в пределах или внутри образа). С появлением «видений» больная иногда слышит приглушенную речь, смысл которой разобрать не может. Иногда, составляя в уме фразы, относящиеся к видимому образу или отвлеченные, начинает их слышать. Слышимый голос может проецироваться вместе с видимым образом, но слышимое и видимое не всегда имеет синхронную связь. Например, увидев образ матери, слышит произносимую ею фразу. «Голос» локализуется там же, где видится образ матери, но ее рот при этом закрыт. Вербальные обманы как будто слышатся ушами, но затыкание ушей не отражается на их восприятии.

Критична к указанным явлениям, не дает им бредовой трактовки, хотя в прошлом предполагала, да и сейчас не исключает возможность того, что кто-то ее сглазил. Частое возникновение образов, особенно видение неприятных людей, тягостно для больной, сопровождается снижением настроения. Память, внимание, формальные способности сохранены. Круг интересов достаточно широк. Улучшение и ухудшение состояния обычно отражается на содержании сновидений, которые неприятны при ухудшении состояния и приятны при улучшении. Неприятные по сюжету сновидения бывают продолжающимися и повторяющимися с промежутком в несколько дней.

Патопсихологическим исследованием выявляются негрубые, но отчетливые нарушения мыслительной деятельности в виде рассуждательства, причудливости, символичности.

12-я группа: феномены «промежуточные» между псевдо- и психическими галлюцинациями, собственно психические галлюцинации, идеомоторные психические галлюцинации

Основными признаками собственно психических галлюцинаций (наряду с безусловно непомраченным сознанием) можно считать: обязательную интрапроекцию галлюцинаторного образа, обязательное наличие чувства сделанности при его возникновении и отсутствие сенсорной окраски феномена.

Ранее мы говорили о том, что, по мере утраты чувственности галлюцинаторных переживаний, нарастает степень их интимной связи с патологически нарушенным мыслительным процессом до полного с ним слияния. Эта формула приложима к феноменам 12-й группы еще в большей степени, чем к псевдогаллюцинациям (11-я группа).

Таким образом, классификационная шкала галлюцинаций заканчивается феноменами, которые трудно, иногда невозможно разграничить с мыслью больного. Однако это не «обычная» мысль, а мысль, объективированная в отношении «я» больного, ощущаемая им как «чуждая» (И. С. Сумбаев, 1958), «сделанная». Иными словами, речь идет о феномене, представляющем собой проявление идеаторного автоматизма, но обладающем также рядом признаков галлюцинаций, что дает право включить его в общую классификацию галлюцинаций и, вместе с тем, выделить из группы псевдогаллюцинаций.

Разграничивать указанные феномены склонны не все авторы. Например, такие крупные психиатры, как В. П. Сербский (1906), В. А. Гиляровский (1938), О. Бинсвангер (1908) не видят существенной разницы между психическими и псевдогаллюцинациями. Наоборот, Л. Л. Рохлин (1971), М. Г. Гулямов (1968) категорически их разграничивают. В. Х. Кандинский (1952) отличием психических и псевдогаллюцинаций считает «высокую чувственную определенность и законченность образа» при последних.

В соответствии с предлагаемой нами классификацией, собственно психические галлюцинации можно рассматривать в качестве феномена, возникающего вслед за псевдогаллюцинациями при дальнейшем развитии патологического процесса. Этот феномен представляет еще большую, нежели псевдогаллюцинации, степень патологии интеллектуальной деятельности человека — его мышления.

Известным клиническим подтверждением смежности псевдогаллюцинаций и психических галлюцинаций может служить наличие между ними переходных, промежуточных феноменов.

Промежуточные между псевдо- и психическими галлюцинациями феномены* характеризуются тем, что, еще не полностью утратив сенсорную окраску, они обладают уже всеми остальными признаками психических галлюцинаций (обязательными интрапроекцией, чувством сделанности, феноменологической и тематической связью с мыслью больного)**. К этим феноменам относятся: «звучание мыслей», «эхо мысли», «мысленный диалог», «отнятые» и «вложенные» мысли, «сделанные мысли», «намысленные слова» и т. п.

Звучащие мысли — это повторение собственным или чужим голосом мыслей больного, а также, по выражению больных, «непонятным образом озвученные собственные мысли».

---

* Мы называем их промежуточными психическими галлюцинациями.

** «Опосредованные псевдогаллюцинации (Я. П. Фрумкин, 1939) отличаются от промежуточных лишь большей сенсорностью вербальных обманов. Это достаточно громкие «голоса», слышимые только в интрапроекции, повторяющие мысли больного или то, что он в данный момент читает, комментирующие его намерения и сопровождающиеся «чувством сделанности» (то есть феномены, непосредственно сюжетно связанные с мыслью больного, тогда как вербальные псевдогаллюцинации обычно не сочетаются с мыслями больного, чужды им).

В. П. Сербский (1906) называет «двойным мышлением» воспринимаемое больным повторение «голосами» его мыслей или оспаривание их, или предсказание. О. Бинсвангер (1908) сообщает об ощущении «звучания мысли», при котором внутри головы «слышится» (чувственно) повторение мысли, иногда опережая мысль, иногда одновременно, иногда после нее.

191. Больной Л. Б., 50 лет.

Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

Болен около 17 лет. После 1 и 3 приступов наступали ремиссии. Начиная с 4 приступа, течение непрерывное, безремиссионное, с обострениями.

В статусе: расстройство мышления, склонность к паралогичным построениям. Почти с самого начала заболевания больной «слышит» идущий из «мозга» мужской голос. Он похож на собственный. Вместе с тем в нем имеются «чужие оттенки» и, кроме того, он дает советы, приказывает. Больной в одних случаях отождествляет голос с собственной мыслью, считает, что звучит мысль или «голос» повторяет мысль, а в других — воспринимает его как чуждый, посторонний. В момент галлюцинирования критика отсутствует вплоть до полного подчинения «голосу», иногда имеются критические сомнения.

«Звучать» или «отдаваться эхом» может не только собственная мысль больного, но также «вложенная», «навязанная», «чужая», то есть объективированная, в отношении «я» больного, мысль.

Феномен «звучания мыслей» детально анализирует С. М. Корсунский (1936). Он пишет о том, что звучание мысли, как нарушение нормального автоматизма, облегчается при развитии деперсонализации, оно «локализуется во внутреннем поле сознания» и всегда имеет звуковой компонент. Звучащие мысли имеют следующие особенности:

а) они как бы циркулируют, не выходят вовне и не входят извне, а замыкаются в больном;

б) в них детерминируется единство звуков, звучания и мышления, то есть звучащая мысль представлена в качестве «неразрывного единства двух систем, как форма и содержание единого процесса, как определение себя в самом себе». Больные расценивают явление звучания мыслей как «субъективное» или как «объективное». В первом случае больной полагает, что звучание его мысли слышит только он и приходится уточнять действительно ли мысль «звучит», то есть действительно ли имеется сенсорный фактор. Во втором случае — наличие сенсорного фактора сомнений не вызывает, так как, по мнению больного, его мысли звучат настолько громко, что их слышат все окружающие.

192. Больная С. Ж., 24 года.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Больна более 4 лет.

В статусе: вяловата, замкнута, не может разобраться в собственных переживаниях. Отмечает невозможность «додумать до конца» какую-либо мысль, несобранность, рассеянность. Считает, что окружающие проявляют к ней повышенный интерес и даже следят за ней. Этот интерес к ней объясняет громким звучанием ее мыслей. Утверждает, что звучание ее мыслей слышат все окружающие. Спрашивает у врача: «Разве Вы не слышите?». Находясь среди людей, громко, по многу раз произносит какую-либо фразу для того, чтобы «заглушить» звучание мысли и чтобы окружающие не слышали ее.

Психические галлюцинации по своему существу всегда феномены расстройства мышления — сложной интегративной мыслительной деятельности. От галлюцинаций, отнесенных нами к

«промежуточным феноменам», они отличаются только отсутствием какого-либо сенсорного оттенка. Это те же «чужие», «вложенные», «насильственные» мысли, «фразы, слова», но они не звучат. В ряде случаев больные не уверены, сопровождаются ли переживаемые ими явления каким-либо слышанием. По-видимому, и здесь имеет место множество вариантов перехода от «звучащих» промежуточных психических галлюцинаций к полностью «беззвучным» собственно психическим галлюцинациям.

Приведенные соображения, по-существу, продолжают мысль В. А. Гиляровского (1949) об иерархии галлюцинаторных феноменов. Эта иерархия выражена в виде постепенного слияния галлюцинаций с расстроенным мышлением при одновременном стирании сенсорного элемента.

Анализируя различные проявления феномена «звучания мысли», можно без труда проследить этот постепенный переход от отчетливого «звучания» к намеку на звук, «отзвуку» и затем к полному отсутствию звучания.

193. Больная Д. О., 28 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна в течение 10 лет.

В статусе: высказывает бред одержимости — в ее сердце и голову вселилось множество чертей, главный у них сатана. Ведут себя черти тихо. Больная знает о них по собственным мыслям. Мысли эти принадлежат больной, но появляются в голове без какого-либо ее участия, неожиданно, насильственно. Больная говорит: «Как будто кто-то заставляет думать мои мозги. Сначала появляется тихая мысль, а затем она начинает звучать каким-то отзвуком. Наверно, другим это не слышно, а слышно только мне, иначе я слышала бы ушами. Устраивают все это, вероятно, черти». Считает, что грешна, и поэтому ей гореть в аду. От бога она отреклась. Заявляет, что спасти ее может только могила. Грех свой видит в том, что все ей безразлично и никого из близких она не любит.

«Звучащие» мысли феноменологически отличаются от «повторяющихся» мыслей. Сенсорно окрашенное повторение мыслей бывает галлюцинаторным, псевдогаллюцинаторным (с внутренней или внешней локализацией голоса) и относящимся к психическим галлюцинациям (парасенсорным).

«Повторение» мысли может предшествовать, сопутствовать или отставать по времени от собственных мыслей больного и чужих, но возникающих в мозге больного.

Больные часто не могут разобраться, принадлежит ли насильственно возникшая мысль им или она надумана кем-то и вложена в их голову, звучит она или не звучит. Однако в большинстве случаев в высказываниях больных фигурирует понятие «голос», несмотря на то, что звучание этого «голоса» категорически отрицается.

В. Х. Кандинский (1952), так же как ряд других авторов, подчеркивает, что в информации больного слова «слышу в голове» или «в голове говорит чей-то голос» часто применяются для определения объективированной

по отношению к больному чужой мысли, а не для оценки звукового впечатления, обычно получаемого от голоса собеседника.

194. Больной Т. Г., 22 года.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Болен около 3 лет.

В статусе: малодоступен, не критичен, вял, апатичен. Отмечает, что его собственные мысли повторяются внутри головы «беззвучным» голосом. Употребляя слово «голос», вместе с тем неуверенно утверждает, что слышания как будто нет, «мысли не звучат» и «голос» их повторяет беззвучно. При повторных обследованиях на вопрос о наличии «звучания мысли и голоса» отвечает по-разному.

Степень сенсорности насильственно возникающей в голове мысли не имеет какой-либо закономерной зависимости от степени чуждости или сделанности этой мысли. Так, сенсорно «озвученными» могут быть в равной степени насильственно возникающие собственные и «вложенные» мысли.

195. Больной В. В., 20 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Заболел в 12 лет.

В статусе: беседует неохотно, инертен, вял. Говорит о плохом настроении. Высказывания больного не сопровождаются какой-либо эмоциональной окраской. Симптомы апатии превалируют над депрессивными. Отмечает, что у него часто непроизвольно, насильственно возникает несколько «параллельных» мыслей, «наслаивающихся друг на друга». Это его мысли, но думаются они не по его воле. Одновременно в голове иногда возникают «оклики» по имени: «Ваня» или «Иван». Оклики эти какие-то беззвучные, «кажущиеся». «Вроде мысли, но это не мысль, потому что оклики чужие, будто зовет дедушка или бабушка».

Психические галлюцинации в отдельных случаях наблюдаются одновременно с псевдогаллюцинациями, чаще вербальными, также могут быть императивными, дающими советы, комментирующими поведение больного. Такие психические галлюцинации всегда сопровождаются наиболее выраженными чувствами чуждости и сделанности.

196. Больной Г. Б., 21 год.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен с 13—14 лет.

В статусе: достаточно доступен. По существу отвечает на вопросы. Эмоционально вял. Рассказывает, что в его голове уже несколько лет временами слышится мужской голос. Звучит он громко, ясно, разборчиво. Бывает обычно сердитым, иногда приказывает: «ложись спать, выйди на улицу». Иногда произносит какие-то отдельные слова. Кому принадлежит «голос», больной не знает, привык к нему и подчиняется не всегда.

Сравнительно недавно в голове стали возникать беззвучные «чужие фразы и слова, вроде как кто-то вкладывает их в голову». При этом ощущает постороннее, чуждое, враждебное влияние. Чуждые слова и фразы «подсказывают» ритуальные действия: прыгать на одном месте, по пять раз поворачивать голову вправо и влево, в определенном порядке умываться и т. д. Ритуалы навязчивы, тягостны для больного. Противостоять подсказкам «вложенных молчаливых слов и фраз» больной не может.

Больные, переживающие психические галлюцинации, четко различают собственные произвольные мысли, собственные, но не произвольные мысли, насильственные мысли и чужие, «сделанные», посторонние мысли. Указанные различия особенно убедительно проявляются при феномене насильственных мысленных диалогов.

197. Больная П. Ж., 38 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
В статусе: выраженные нарушения мышления — наплывы мыслей, «отчуждение мыслей» (странное ощущение, будто мысли больной ей не принадлежат). Все эти переживания очень тягостны, навязчивы, неприятны. Особенно неотступны, тягостны «мысленные диалоги», которые больная «ведет со своим другом». Диалог состоит в том, что она обращается мысленно к собеседнику, задает ему вопросы и получает «мысленные ответы». При этом совершенно определенно различает свои мысленные обращения, принадлежащие ей, произвольные, и ответы — насильственные, чуждые, неожиданные для больной по содержанию, ей не принадлежащие. Не понимает, как это получается. Боится подобных диалогов, тяготится ими. Во время «мысленного диалога» телом чувствует присутствие собеседника рядом с собой. Беспокоят неприятные запахи, которые идут откуда-то со стороны.

Галлюцинации, отличающиеся всеми свойствами «психических», могут возникать по механизму функциональных.

Такие функциональные психические галлюцинации описывает И. А. Макаренко (1977), назвавшая их «функциональными психическими автоматизмами». По ее наблюдениям, словесное повторение, мысленные диалоги, звучание мыслей, вкладывание мыслей, эхо мыслей, открытость мыслей могут возникать в интрапроекции при появлении посторонних шумов и звуков.
Подобные феномены наблюдали и мы.

Речедвигательные психические галлюцинации занимают особое место среди всех других психопатологических образований, рассматриваемых в 12-й классификационной группе. В прежних своих работах мы относили речедвигательные феномены, характеризующиеся насильственностью, чуждостью, сделанностью и другим, к псевдогаллюцинациям. Однако дальнейшие наблюдения заставили нас перевести эти феномены в разряд психических галлюцинаций, поскольку они имеют лишь парасенсорную, а не чувственную сенсорную характеристику. Сложность клинической оценки речедвигательных феноменов обусловлена многообразием их видов и вариантов. Поэтому в психиатрической литературе употребляется немало различных терминов, обозначающих иногда тождественные, а нередко принципиально отличающиеся друг от друга феномены, объединенные Ж. Сеглас ом (1883) под общим названием «психомоторные вербальные», или «речедвигательные» галлюцинации.

К числу таких терминов относятся: «действительное» и «внутреннее», непроизвольное говорение (В. Х. Кандинский, 1885), «психомоторные словесные галлюцинации» (Ж. Сеглас. 1888), «галлюциноз мышечного чувства» (Э. Крепелин, 1898), «рефлекторные кинестетические галлюцинации» (А. Крамер, 1889), «иллюзии мышечного чувства» (С. С. Корсаков.

1913), «кинестетические галлюцинации» (Е. Блейлер, 1920), «галлюциноиды мышечного чувства» (В. П. Осипов, 1923), «речедвигательные автоматизмы» (Л. Л. Рохлин) и др.

Идентичные речедвигательные феномены одни авторы относят к галлюцинациям, другие — к псевдогаллюцинациям, наконец, третьи — к автоматизмам.

В. Х. Кандинский (1952) отличает «внутреннее говорение» психически больных от псевдогаллюцинаций. В монографии «О псевдогаллюцинациях» мы читаем: «Не должно смешивать с «внутренним слышанием» «внутреннее говорение» самих больных. При этом говорении больные не имеют никакого субъективного возбуждения в кортикальной слуховой сфере, но лишь чувствуют более или менее насильственный двигательный импульс к кричанию, к произнесению тех или других слов, фраз, целых монологов или диалогов»*.

В жалобах больных «... на то, что их языком говорят невидимые преследователи...», автор монографии различает два рода явлений: убеждение в замене собственных мыслей больных чужими (которые они вынуждены высказывать) и насильственное говорение. В свою очередь «насильственное говорение» он разделяет на «действительное», выражающееся в насильственном, часто импульсивном произнесении слов вслух, и «внутреннее говорение», которое, «... будучи тесно связано с насильственным мышлением», фактически и теоретически противоположно с внутренним слышанием больных, т. е. с псевдогаллюцинациями вслух. Далее В. Х. Кандинский (1952) подчеркивает: «... нельзя буквально в одно и то же время внутренно говорить и внутренно слышать, и клинические наблюдения прямо показывают, что хотя оба эти явления могут замечаться у одного и того же больного, но не иначе, как в разное время»**. «При внутреннем говорении больных почти всегда существует возбуждение в чисто интеллектуальной сфере сознательного и бессознательного представления...»**.

В резюме к монографии недвусмысленно указывается: «Внутреннее говорение» самих больных, как вообще все случаи насильственной иннервации центрального аппарата речи, не принадлежит ни к галлюцинациям (Байарже), ни к псевдогаллюцинациям и должно быть резко отличаемо от «внутреннего (псевдогаллюцинаторного) слышания больных»***.

В. Х. Кандинский, не причисляя действительное и внутреннее говорение к псевдогаллюцинациям, отмечает все же четыре весьма существенных признака этих явлений: их «автоматичность», насильственность, наличие чувства внешнего, враждебного воздействия и нередкое сочетание (без совпадения во времени) со слуховыми галлюцинациями.

Следовательно, речедвигательные феномены, в понимании В. Х. Кандинского, суть идеомоторные автоматизмы (т. е. моторный компонент синдрома психического автоматизма). В понимании ряда других авторов (в частности, Ж. Сегласа, 1888), их можно отнести к особым галлюцинациям, выражающим идеаторные и моторные проявления того же синдрома психического автоматизма (Кандинского—Клерамбо).

Предложенное Ж. Сегласом (1888) через несколько лет после немецкого издания монографии «О псевдогаллюцинациях» разделение речедвигательных феноменов немногим (как отмечает В. А. Гиляровский (1949), и другие авторы), отличается от приведенной выше систематики В. Х. Кандинского.

Так, речедвигательные галлюцинации, проявляющиеся в насильственной импульсивной речи (Ж. Сеглас, 1888), соответствуют «действительному говорению» В. Х. Кандинского. «Внутреннее говорение» В. Х. Кандинского — это простые речедвигательные галлюцинации Сегласа (то есть чистые вер-

---

* В. Х. Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М., 1952, с. 102.

** Там же, с. 108.

*** Там же, с. 146.

бально-моторные галлюцинации, при которых имеет место кажущееся «ощущение произношения слов»).

Промежуточное, по Сегласу, положение занимают речедвигательные галлюцинации, при которых имеются соответствующие образу слова, движения в речедвигательном аппарате. В. П. Сербский (1906) критикует теорию Сегласа, не видя различий изучаемого феномена с псевдогаллюцинациями. К ряду галлюцинаторных речедвигательные феномены относят В. А. Гиляровский, С. С. Корсаков, В. П. Осипов, А. В. Снежневский.

С. С. Корсаков (1913) считает, что в понимании Сегласа слуховые псевдогаллюцинации(так же, как речедвигательные) могут быть рассматриваемы, как «беспредметные ощущения из области чувственной, сопровождающие процессы движения», почему и заслуживают название двигательных галлюцинаций. И далее: «В самом деле, беззвучные, «чужие» слова, ощущаемые внутри, можно рассматривать как галлюцинацию или иллюзию того ощущения, которое сопровождает внутренний образ слова, а ложное ощущение говорения можно рассматривать как иллюзию мышечного чувства, локализирующуюся в области мускулов, участвующих в произношении слов. Вообще, псевдогаллюцинации как зрения, так и слуха суть иллюзии общего чувства, именно — иллюзии тех ощущений, которые сопровождают процессы мышления (соединенного по большей части с особым мускульным ощущением, соответствующим акту внимания) и центробежные процессы душевной жизни (стремление мысли выразиться в двигательном акте, т. е. в слове, жесте, мимических движениях)»*.

В. П. Осипов (1923), признавая речедвигательные псевдогаллюцинации («галлюциноиды мышечного чувства»), замечает, что подобные идеомоторные феномены встречаются в других областях, например, в письме. В. А. Гиляровский (1938) относит к словесным кинестетическим галлюцинациям переживания, при которых больной «объективирует в языке, во рту, глотке двигательные импульсы, необходимые для произнесения слов». А. В. Снежневский (1958, 1968) к псевдогаллюцинациям относит все кинестетические и, в частности, речедвигательные галлюцинации. Отнесение к псевдогаллюцинациям указанных феноменов, как полагает А. Эй (1973), правомерно потому, что они сопровождаются чувством постороннего, чуждого, насильственного влияния.

Таким образом, В. Х. Кандинский и большинство авторов отмечают, что для речедвигательных феноменов характерны: автоматичность и насильственность, ощущение постороннего воздействия (включающее чувство чуждости) и ложное ощущение произнесения слов.

Если к этому добавить вытекающее из перечисленных признаков наличие ксенопатической проекции и стремление больных анализировать происходящее с ними, то отнесение речедвигательных обманов к числу галлюцинаций окажется вполне обоснованным.

Однако минимальное участие или полное отсутствие сенсорного компонента («парасенсорный характер») сближает речедвигательные галлюцинации с феноменом психических галлюцинаций. Поэтому правомерно название «речедвигательные психические галлюцинации».

Сказанным обусловлено то, что в 12-ю классификационную группу мы включаем речедвигательные (психомоторные) фено-

* С. С. Корсаков. Курс психиатрии. М., 1913, ч. I, с. 122.

мены, характеристику которых впервые дал В. Х. Кандинский (хотя и не относил их к псевдогаллюцинациям), в отличие от идеомоторных галлюцинозов, описанных А. Крамером (9-я группа).

В. Л. Брагинский (1975), учитывая степень выраженности критериев насильственности, чуждости и др., разделяет идеомоторные психические галлюцинации* на пять типов. Согласно этому разделению, вполне соответствующему нашим взглядам, существуют следующие варианты речедвигательных идеомоторных психических галлюцинаций, которые характеризуются:

а) чувством непроизвольности, слабо выраженным чувством насильственности и чуждости, наличием лишь бредовых предположений — 1-й тип (набл. 198);

б) выраженными чувствами насильственности, чуждости и сделанности, но с активным стремлением противодействовать внешнему воздействию и наличием чувства возможности такого противодействия — 2-й тип (набл. 199);

в) особенно выраженным чувством чуждости, бредовым пониманием сущности происходящего и исключением какого-либо противодействия — 3-й тип (набл. 200);

г) выраженным чувством сделанности, полным отчуждением речевой деятельности, изменением самосознания, полной утратой собственной активности, бредом овладения — 4-й тип (набл. 201);

д) вербальными импульсами, неожиданными для больных, бредовой трактовкой, чувством овладения, идеаторной и моторной автоматичностью — 5-й тип (набл. 202).

Речедвигательные психические галлюцинации первого типа чаще наблюдаются на начальном этапе развития процесса психического автоматизма. Их можно считать «переходными» к собственно психическим галлюцинациям феноменами.

198. Больной Д. Г., 29 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Болен менее года.
В статусе: недостаточно доступен, не может разобраться в собственных переживаниях, ипохондричен, боится «сойти с ума». Выявляются идеаторные автоматизмы в виде тягостных для больного приступов, сопровождающихся наплывом навязчивых, насильственных мыслей, от которых он никак не может освободиться. Во время наплыва мыслей всегда испытывает «как-то связанную с мыслями» ноющую, дергающую боль в языке, хотя ощущение какого-либо движения языка отсутствует. Подозревает чье-то враждебное воздействие, но бредовой убежденности и намека на какой-либо бредовой сюжет нет.

Речедвигательные психические галлюцинации первого типа, по-видимому, при дальнейшем развитии заболевания могут трансформироваться, постепенно усложняясь.

При галлюцинациях второго типа не только увеличивается степень чувства насильственности, сделанности речедвигатель-

* Он их называет псевдогаллюцинациями.

ных психических галлюцинаций, их бредового оформления, но имеется также усиление моторного компонента, бо́льшая его локализованность и смысловая содержательность.

199. Больная А. Я., 28 лет.
Диагноз: шизофрения, параноидная форма.
Больна не менее 6 лет.

В статусе: подозрительна, не вполне доступна, склонна к образованию навязчивостей и ритуалов, а также идей отношения и особого значения: случайно услышанное слово, междометие или жест, мимику всегда трактует паралогично и по-бредовому. Заметив, например, что врач протянул палец к столу, спрашивает, что это означает, как это следует понимать, зачем этот намек; прислушиваясь к случайному постукиванию по столу, говорит, что она морзянку не понимает и не знает, что передается, хотя догадывается.

Такие пословицы, как «шила в мешке не утаишь», «не в свои сани не садись», принимает на свой счет. Заявляет: «А я ничего не сделала, чтобы таить. А я занималась всегда своим делом». Неохотно рассказывает о том, что внутри головы, в центре мозга у нее образуется сочетание двух букв «з» и «к», которое она «слышит». При этом подчеркивает, что восприятие букв не мысленное, а звуковое, но отрицает, что произносит их «голос». Услышав сочетание букв в голове, затем чувствует, что ее язык пытается автоматически произносить эти буквы.

Догадывается, что буквы означают слова «заключенный» и «криводушие». Предполагает, что этими словами кто-то неизвестным способом предсказывает ей возможное заключение и объясняет его причину. Пытается с этими мыслями бороться, так же как с навязчивостями, доказывает себе, иногда успешно, а иногда безуспешно, что подобные мысли необоснованны.

Беседа на другие темы выявляет сохранность памяти и аналитических способностей. В частности, больная довольно тонко анализирует имевшие место 4 года назад идеи отравления и эпизодически возникающие наплывы мыслей.

Появление речедвигательных психических галлюцинаций третьего типа не всегда свидетельствует о непрерывном течении болезни. Наоборот, иногда стойкое бредовое понимание ощущений, соответствующих речедвигательному феномену, указывает на остроту обычно повторного после ремиссии приступа.

200. Больная З. Г., 36 лет.
Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

В 22 года и в 30 лет отмечались кратковременные болезненные переживания с идеями околдования и особого значения.

Последний приступ болезни начался остро месяца 3 назад. В больницу поступила в состоянии психомоторного беспокойства. В отделении в одной больной узнала свою свекровь, но больная была некрасивая и горбатая, а свекровь высокая и статная. Убеждена все же, что это была свекровь, которая «потом куда-то исчезла». На потолке среди множества пятен и мазков видит различные фигуры, например, фигуру попа с бородой в мантии, руки с острой косой и т. п.

Иногда ощущает, что она раздваивается на добрую и злую ведьму. Не может понять и объяснить, как это происходит. Рассказывает, что временами ощущает разговор с ней лечащего врача или какого-то неизвестного мужчины. Предполагает, что это тот же врач, который лечил ее 20 лет назад. Разговор состоит в мысленном диалоге: она мысленно задает вопросы и получает мысленные ответы или, наоборот, отвечает на вопросы «собеседника». Четко различает свои мысли и мысли мнимого собеседника, т. е. объективированные в отношении «я» больной. Мысленные слова, принадлежащие «собеседнику», переходят на ее язык. Четко это ощущает по волнообразному дви-

жению языка. Бывает очень неприятно, но полагает, что «наверное так надо, раз это делают врачи».

Иногда непроизвольно повторяет вслух «своим языком те мысли, которые перешли на него из головы». Мысленные диалоги и переход мысли на язык всегда беззвучны. При абсолютной некритичности к психическим, в частности, речедвигательным, галлюцинациям проявляет достаточную критику к иллюзорным восприятиям; иногда трактует их по-бредовому. Кроме бреда «влияния и воздействия на нее врачей», высказывает стойкий бред «колдовского воздействия». Весь персонал и всех больных делит на колдунов и добрых людей.

Одновременно с наличием в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома у больных, переживающих речедвигательные психические галлюцинации третьего и последующих типов, всегда отмечаются обычные (только идеаторные) психические галлюцинации.

В случаях, при которых выявляются полное отчуждение речевой деятельности и бред овладения, ощущаемое больными внешнее воздействие, влияние носит враждебный, злонамеренный характер.

201. Больная У. О., 48 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Больна с 22 лет. Стационировалась неоднократно.

Проявляет общественно-опасные тенденции: считая, что соседи за ней следят и причиняют ей вред, сначала писала на них жалобы, а затем стала совершать нападения.

В статусе: полагает, что с ней поддерживается мысленная связь «через космос». Кроме того, периодически ощущает внутри головы мысленные разговоры ее мужа. Эти разговоры ведутся от первого лица (мужа) и выражаются в виде беззвучной мысли. Сообщает, что муж только что приказал ей: «Говори пока с ним с профессором, потом буду говорить я». Он не только вкладывает ей свои мысли в голову, но руководит ее мыслями, ее языком, всем телом и всеми органами, заставляет язык двигаться, как при произнесении ругательств. Этим он ее лечит, то есть относится к ней не враждебно, а доброжелательно. Никогда никакого звучания мыслей внутри головы или слуховых обманов не было. Иногда муж показывает ей на стене различные картинки. На них фигуры людей, слона, Прометея. Картинки часто меняются, но изображения на них статичны, неподвижны. При закрывании глаз перестает видеть картинки, может от них отвернуться.

Никаких элементов критики не проявляет. Все происходящее с ней воспринимает бредовым образом.

В качестве иллюстрации пятого типа речедвигательных психических галлюцинаций приведем наблюдение, сделанное совместно с В. Л. Брагинским.

202. Больной Б. Г., 41 год.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Болен, по-видимому, с 12—13 лет, под наблюдением психиатров состоит с 28 лет, многократно стационировался в психиатрические больницы.

В статусе: полагает, что на него оказывает влияние группа людей, которые с помощью машин «издеваются над ним и природой»; в течение 30 лет заставляют дышать одним легким, вызывают видимость изнутри, создают искусственное воображение, проводниковое микроскопическое телевидение, показывают передачи, отдельные сцены, людей, соединяют по звуку с другими людьми. Слышит «голоса», раздающиеся внутри головы. «Голоса» угрожают

больному, комментируют его мысли, намерения, поступки. «Себя называют Богом Всевышним, создавшим солнце и людей (черненьких, беленьких, толстеньких)». Утверждает, что работу по совершенствованию мира он обязан продолжить. Его деятельность направлена на возвращение природе «естества». Внешний облик и имя, которое он носит, случайны, а сущность — «непреходящая жизнь».

Убежден, что врачи мешают ему говорить, «пережимают речь». Чувствует, что говорит «с принуждением». Во время беседы внезапно переходит на высказывания, отличающиеся от обычной речи ускоренным темпом, разорванностью. Удается понять отдельные слова: «христос..., нужно..., отстаньте...».

В других случаях неожиданно произносит фразу, не относящуюся к предыдущему разговору, неизменным по тембру и тональности голосом. Затем со злобным выражением лица говорит, повернув голову в сторону: «иди от меня, дух христовый, поганый, проводниковый». В подобных случаях настаивает на том, что почти не слышит сказанного им: «пережимают, отключают звук».

Наблюдение 202 завершает иллюстрацию речедвигательных психических галлюцинаций и все описание психических галлюцинаций Байарже.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многообразие видов и полиморфность проявлений иллюзий и галлюцинаций, их изменчивость в процессе развития каждого психоза делают необходимым детальное изучение семиотики и проведение систематики этих феноменов.

Подобная работа, на наш взгляд, выполнима лишь при сочетании исследования закономерностей течения психозов и психопатологических проявлений каждого из них, то есть признаков болезни, в частности иллюзий и галлюцинаций, в их статике и динамике. Поэтому предпочтение, отдаваемое некоторыми психиатрическими школами так называемой «психиатрии течения», в ущерб «психопатологической психиатрии», нельзя считать клинически обоснованным.

Всестороннее изучение любого психопатологического феномена, параметров и вариантов его проявления, целесообразно разделить на два этапа: первый, подготовительный, состоит в определении рассматриваемых в неразрывном единстве и взаимосвязи друг с другом критериев клинической оценки однотипных феноменов, второй, основной, — в описании их семиотики, классификации, значения для диагностики. Система, характеризующаяся четкой субординацией критериев клинической оценки иллюзий и галлюцинаций, была предложена нами ранее.

Схема указанной субординации в нашем варианте включает основные критерии и вспомогательные признаки. Основные критерии в свою очередь разделяются на общие, применимые при изучении всякого психопатологического феномена, и частные— применимые для изучения только иллюзий и галлюцинаций.

Обязательным условием правильной квалификации галлюцинаторных и иллюзорных феноменов признается нами оценка общего психического состояния больного в момент, до и после галлюцинирования. Речь идет об оценке характера и степени связи возникновения и развития интересующих нас феноменов с нарушением сознания и мышления. Таким образом, сознание и мышление больного квалифицируются на разных этапах проявления галлюцинаторных феноменов и в связи с ними.

Наряду с сознанием и мышлением анализ производится по остальным критериям: общим — состояние интеллекта, критики, эмоциональной сферы галлюцинанта и др., и частным — пространственное расположение галлюцинаторных образов, их сенсорность, естественность, реальность для больного, наличие чувства насильственности, сделанности и др.

Применение критериев клинической оценки для квалифика-

ции иллюзий и галлюцинаций позволило уточнить ряд основных терминов и понятий, используемых в учении о галлюцинациях, и выполнить основную часть исследования — разработку систематики феноменов, основывающуюся на их детальном психопатологическом анализе.

Предложенная нами систематика (классификационная таблица) базируется на сочетании двух регистров и имеет двойную номенклатуру, одновременно оценивающую наличие, характер изменения сознания и степень интимной связи изучаемых феноменов с патологией мышления. При такой структуре классификации выявляется известная клиническая закономерность, согласно которой, чем больше природа иллюзий и галлюцинаций связана с помрачением сознания (присущим, например, экзогенно-органическим психозам), тем меньше эти феномены зависят от патологии мышления и, наоборот, чем иллюзии и галлюцинации меньше связаны с помрачением сознания, тем больше их взаимосвязь и взаимозависимость с нарушением собственно процесса мышления (присущим, например, шизофрении).

В соответствии с этим к 1-й группе первого отдела классификационной шкалы отнесены феномены, не связанные с патологией мышления или сознания, а к последней группе четвертого отдела — феномены, которые ничем нельзя отличить от признаков расстройства мышления. На промежуточном отрезке шкалы классификации (второй отдел — 6, 7, 8-я группы) расположены феномены, генез, развитие которых в большей или меньшей степени связаны с помрачением сознания.

Следовательно, разделение феноменов на отделы и группы зависит только от их взаимосвязи с нарушением мышления и сознания. При внутригрупповом же размещении феноменов, кроме того, учитываются все остальные критерии и признаки, применяемые для клинической квалификации интересующих нас психопатологических симптомов.

Подобная разработка критериев клинической оценки галлюцинаторных феноменов, таким образом, обеспечила систематику этих феноменов. То и другое сделало возможной более или менее точную квалификацию каждого иллюзорного и галлюцинаторного феномена, с определением их относительной нозологической специфичности, то есть диагностического значения.

Очевидно, что правильность приведенной расстановки отдельных феноменов по группам и внутри групп может вызвать известные сомнения. В первую очередь это относится к феноменам, которые имеют одноименные обозначения, но проявляются в разных вариантах и, следовательно, могут быть включены в разные группы. Возражения также может вызвать включение в ту или иную группу «переходных» феноменов.

Однако избранный принцип систематики иллюзий и галлюцинаций представляется нам наиболее логичным, теоретически обоснованным и практически удобным.

БИБЛИОГРАФИЯ

Абаскулиев А. О. О природе так называемых шизофренических реакций. В кн.: Клиника, патогенез и лечение нервно-психических заболеваний. М., 1970, с. 45—59.

Абдурахманов А. А. и Елисеев О. Н. О психогенном тактильном галлюцинозе с дерматозойным бредом. В кн.: Клиническая психиатрия. Ташкент, 1974, вып. 1, с. 85—88.

Абрамович Г. Б. Вопрос о проекции галлюцинаторного образа в психиатрических работах В. М. Бехтерева. В кн.: Неврология и психиатрия. Л., 1954, с. 58—60.

Абрамович Г. Б. К вопросу о роли внешних раздражителей в происхождении галлюцинаций. В кн.: Вопросы психиатрии и неврологии. Л., 1958, с. 168—178.

Азбукина В. Д. Исследование функций внешних анализаторов у больных шизофренией в процессе лечения. Научн. труды (Центр. научн.-исслед. ин-т судебной психиатрии), вып. 15, № 3, 1964, с. 184—195.

Аккерман В. И. Синдром душевного автоматизма французской психиатрии. Ж. невропатол. и психиатр., 1928, 4, с. 456—471.

Аккерман В. И. К вопросу о нейродинамических основах слуховых словесных галлюцинаций, идущих сплошным течением. Сб. матер. Узб. респ. совещ. по актуальн. вопр. психиатрии. Ташкент, 1956, с. 290—304.

Аккерман В. И. Слуховые словесные галлюцинации и внутренняя речь. Ж. Здравоохр. Белоруссии, 1959, № 1, с. 54—58.

Александровский А. Б. Самонаблюдение при мескалиновом отравлении. Ж. неврология, психиатрия и психогигиена, 1934, с. 44—51.

Александровский А. Б. Анализ интоксикаций мескалином. Там же, 1936, с. 735—760.

Алиев Х. А. Предисловие к монографии С. Я. Рубинштейн «Обманы слуха». Ташкент, «Медицина», 1977, с. 3—6.

Ананьев Б. Г. Психология чувственного познания. М., АПН РСФСР, 1960, с. 486.

Анашкина Л. М. Об алкогольных тактильных галлюцинозах. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1973, с. 64—68.

Анашкина Л. М. Зрительные и тактильные галлюцинозы, типология, дифференциация, нозологическая принадлежность, лечение. Канд. дис., М., 1978.

Андреева М. Ф. Переписка, воспоминания, статьи, документы и воспоминания о М. Ф. Андреевой. М., «Искусство», 1951.

Андрузский М. И. К учению о галлюцинациях у психопатов, лишенных зрения. Врач. ведомости, 1879, с. 392, 1038—1040.

Ануфриев А. К. О промежуточной группе шизофренических психозов. Ж. невропатол. и психиатр. 1969, № 2, с. 242—249.

Бажин Е. Ф. Клинико-аутометрическое исследование слуховых галлюцинаций при некоторых психических заболеваниях. Канд. дис., Л., 1966.

Бажин Е. Ф. Исследования слуховых восприятий у галлюцинирующих больных. В кн.: Психологические методы исследования в клинике. Л., 1967, с. 127—132.

Бажин Е. Ф. Функциональная проба для выявления готовности к галлюцинированию. В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии, 1968, с. 488—494.

Бажин Е. Ф. Сенсорные процессы при галлюцинировании. Докт. дис., Л., 1979.

Банщиков В. М. и Короленко Ц. П. Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1968, с. 256.

Бачщиков В. М., Невзорова Т. А., Гальперина Р. Е., Урсова Л. Г., Романова И .С. и Юмашева Ю. С. К проблеме соотношения клиники и терапии синдрома Кандинского—Клерамбо. В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 190—195.

Банщиков В. М., Короленко Ц. П. и Давыдов Н. В. Общая психопатология. М., 1971.

Берлин М. П. О психопатологических особенностях галлюциноза слепорожденных. Сб. тр. Ростовск. н/Д мед. ин-та, 1949, 9, с. 346—347.

Беспалько И. Г. Экспериментальное исследование сновидений в гипнозе. Канд. дис., Казань, 1955.

Бехтерев В. М. Случай полной слепоты, сопровождаемой галлюцинациями зрения. Протоколы заседаний о-ва психиатров в СПб за 1883 г., СПб., 1885, с. 54—57.

Бехтерев В. М. О слышании собственных мыслей. Обозрение психиатрии, неврол. и эксперим. психол. СПб, 1896, 10, с. 733—740.

Бехтерев В. М. Об искусственном вызывании обманов чувств у алкоголиков, страдающих галлюцинаторными формами помешательства. Там же, 1897, № 2, с. 101—104.

Бехтерев В. М. О значении внимания в отношении локализации и развития галлюцинаторных образов. Там же, 1904, № 11, с. 825—832.

Бехтерев В. М. О бреде гипнотического очарования. Там же, 1905, № 4, с. 249—267.

Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб, 1911.

Бимц С. Н. и Малкин П. Ф. Клинические варианты галлюциноза. В кн.: Проблемы психоневрологии. М., 1969, с. 263—265.

Блейхер. Эпонимический словарь психиатрических терминов, Киев, «Вища школа», 1980, с. 238.

Богаченко В. П. Психические нарушения при ожоговой болезни. Докт. дис., Л., 1964.

Боголепов А. К. и Лужецкая Т. А. Синдром педункулярного галлюциноза у больных с нарушением кровообращения в ветвях основной и позвоночной артерии. В кн.: Вопросы сосудистой патологии головного и спинного мозга. М., 1964, с. 165—171.

Болдырев А. И. Сновидения больных эпилепсией. В кн.: «Нервно-психические заболевания экзогенно-органической природы. М., 1975, с. 118—128.

Брагинский В. Л. Типология, динамика, дифференциация идеомоторных феноменов. Канд. дис., М., 1975.

Брагинский В. Л. Основные принципы систематизации психомоторных вербальных псевдогаллюцинаций. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976, с. 18—24.

Бруханский Н. П. Судебная психиатрия, М., 1935.

Бухман Ю. М. Нозологическое видоизменение синдрома Кандинского при атеросклеротических психозах. Канд. дис., М., 1975.

Введенский И. Н. Обонятельные галлюцинации среди предвестников ипсоманического приступа. Соврем. психиатрия, 1912, № 3, с. 173—192.

Вертоградова О. П. Вербальный галлюциноз в клинике шизофрении. Докт. дис., М., 1969.

Вертоградова О. П. Общие и частные вопросы учения о галлюцинациях. В кн.: Вопросы общей психопатологии. М., 1976, с. 5—11.

Владычко С. Д. Бред гипнотического влияния. СПб, «Практическ. медицина», 1912, с. 76.

Войцех В. Ф. Зрительные галлюцинации и нарушение процессов восприятия при них. Канд. дис., М., 1973.

Вольперт И. Е. Сновидения в обычном сне и в гипнозе. Л., «Медицина», 1966, с. 274.

Гусин Р. Х. О влиянии некоторых фармакологических веществ на галлюцинаторные явления при острых алкогольных психозах (белая горячка) и острый алкогольный галлюциноз. Канд. дис., Иркутск, 1958.

Гальперин С. И. Сон и сновидения. Гипноз и внушение. М., 1951.
Ганнушкин П. Б. Острая паранойя. Клиническая сторона вопроса. Дис., М., 1904.
Гасанов Х. Г. Клиника острых алкогольных психозов. Докт. дис., Баку, 1960.
Гасанов Х. Г. Алкогольные галлюцинозы с шизофреноподобной симптоматикой. Уч. Азерб. мед. ин-та, 1963, с. 147.
Гиляровский В. А. Роль локальных изменений в генезе и структуре галлюцинаций. В кн.: Вопросы психоневрологии детей и подростков, 1936, с. 3—19.
Гиляровский В. А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. М.—Л., Гос. медицинское издательство, 1938.
Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях. М., АМН СССР, 1949, с. 197.
Гишелина Д. С. и Люстерник Р. А. Катамнезы больных шизофренией, леченных длительным сном. Тр. ЦНИИ психиатрии. М., 1949, т. 4, с. 353—368.
Глазов В. А. Психические расстройства на почве акрихиновой интоксикации. Ж. невропатол. и психиатр. 1945, № 4, с. 587.
Голант Р. Я. О галлюцинациях речевых движений языка при эпидемическом энцефалите. В кн.: Проблемы неврологии и психиатрии. Киев, 1939, с. 485—491.
Голодец Р. Г. Некоторые аспекты проблемы экзогенно-органических психозов на современном этапе. В кн.: Нервно-психические заболевания экзогенно-органической природы. М., 1975, с. 11—18.
Гофман А. Г. О некоторых особенностях синдрома вербального галлюциноза при разных формах шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1965. с. 130—138.
Гофман А. Г. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов. Докт. дис., М., 1968.
Гранская Н. А. К вопросу о взаимоотношениях между галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Тр. клиники Воронежск. гос. ун-та. Воронеж, 1927, т. 2, с. 58.
Гулямов М. Г. Синдром психического автоматизма. Душанбе, АН Таджик. ССР, 1965, с. 206.
Гулямов М. Г. Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского, Душанбе, «Ирфон», 1968, с. 270.
Гулямов М. Г. и Рахмшнов Б. Я. К вопросу об остром алкогольном галлюцинозе, протекающем с бредом ревности. Ж. невропатол. и психиатр., 1970, 70, № 1, с. 97—106.
Гулямов М. Г. и Бухман Ю. М. О нозологической специфической окраске синдрома Кандинского при атеросклеротических психозах. Ж. невропатол. и психиатр., 1977. № 6, с. 876—881.
Гуревич М. О. О диагностическом значении психосенсорных расстройств. В кн.: 50 лет псих. клиники им. С. С. Корсакова. М., 1940, с. 135—142.
Гуревич М. О. и Серейский М. Я. Учебник психиатрии. М., 1937.
Дементьева Н. Ф. Ложные узнавания как компонент чувственного бреда. Ж. невропатол. и психиатр., 1973, № 3, с. 407—411.
Детенгоф Ф. Ф. Психозы и психические нарушения при эпидемическом энцефалите. Ташкент, Госиздат, Уз. ССР, 1960, с. 328.
Доброхотова Т. А. и Брагина Н. Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М., «Медицина», 1977, с. 359.
Дьякова В. А. и Залкинд Э. М. О галлюцинациях при поражении периферических и рецепторных органов. Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1936, № 1, с. 47—56.
Елгазина Л. М. О клинических вариантах параноидной формы шизофрении. Ж. невропатол. и психиатр., 1958, № 4, с. 453—461.
Жариков Н. М. и Либерман Ю. И. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией (методическое письмо), М., МЗ СССР, 1970.

Жислин С. Г. О галлюцинозах. Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1935. № 7, с. 31—46.

Зайцев А. М. и Иванов А. Н. Искусственное воспроизведение обманов органов чувств у больных, страдавших белой горячкой. Неврол. вестн., 1907, вып. 2, с. 100—140.

Залесская А. П. Сосудистый фактор в патогенезе некоторых форм слуховых галлюцинаций. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1946, т. 8, с. 147—153.

Залесская А. П. Аутоскопические галлюцинации при травматической энцефалопатии. Там же, 1950, т. 10, с. 129—135.

Залкинд Э. М. Мезенцефалический галлюциноз. Ж. невропатол. и психиатр., 1937, № 1, с. 85—94.

Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., МГУ, 1962, с. 244.

Зиновьев П. М. Душевные болезни в картинах и образах. М., Собашниковы, 1927, с. 192.

Иванов Ф. И., Бабич А. И., Бунтов Ю. Я., Вангенгейн К. А., Грудев Ф. П., Давыдова А. Г., Первомайский Б. Я., Толстиков Б. Н., Тощева К. И. и Цивилько Н. А. Глоссарий психопатологических синдромов для унификации клинической оценки экзогенно-органических психозов (методическое письмо). М., МЗ СССР, 1974, с. 29.

Иванова Л. А. К вопросу о систематике обманов слуха. В кн.: Вопросы общей психопатологии. М., 1976, с. 41—49.

Иванова Н. С. Клиника галлюцинаторных состояний в позднем возрасте. Канд. дис., М., 1966.

Каменева Е. Н. Шизофрения. Клиника и механизмы шизофренического бреда. М., НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1957, с. 195.

Канарейкин К. Ф. и Куриленко И. С. Особенности онейроидных состояний при нарушении мозгового кровообращения. Ж. невропатол. и психиатр., 1963, № 4, с 478—481.

Кандинский В. Х. К учению о галлюцинациях. Мед. обозр., 1880, т. 13, с. 815—824.

Кандинский В. Х. Общепонятные психологические этюды (очерк истории воззрений на душу человека и животных). М., 1881.

Кандинский В. Х. Клинические и критические изыскания в области чувств. Медицинское обозрение, 1885, № 3, с. 233—235.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд. СПб. 1890, с. 164.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. М., Медгиз, 1952, с. 176.

Кандинский В. Х. Вступительные главы к книге «Критические и клинические соображения из области обманов чувств». Ж. невропатол и психиатр. М., 1971, № 11, с. 1715—1718.

Касаткин В. Н. Теория сновидений (некоторые закономерности возникновения и структуры). Л., «Медицина», 1967. с. 351.

Кашкарова Т. К. Нарушение сенсорного синтеза и его клиническое значение. В кн.: Психиатрическая клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности. Л., 1959, вып. 3 с. 22—53.

Кербиков О. В. О специфичности и взаимной связи психопатологических синдромов. Тр. Ярославск. мед. ин-та, 1947, с. 76—91.

Кербиков О. В. Острая шизофрения. М., Медгиз, 1949. с. 177.

Кербиков О. В. Лекции по психиатрии (избр. главы). М., 1955.

Кербиков О. В., Озерецкий Н. П., Попов Е. А. и Снежневский А. В. Учебник психиатрии. М., 1958.

Кербиков О. В., Коркина Н. В., Наджаров Р. А. и Снежневский А. В. Психиатрия. М., 1968.

Климушева Т. А. Об атипичных слуховых и зрительных обманах восприятия при параноидной шизофрении (клиника, феноменология, вопросы классификации). В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976 ,с. 41—51.

Климушева Т. А. и Ружанский М. И. Об относительной нозологической специфичности зрительных галлюцинаций при приступообразной параноидной шизофрении и острых алкогольных психозах. В кн.. Шизофрения. Диагностика, соматические изменения, патоморфоз. Тр. Моск. научн.-исслед. ин-та психиатрии МЗ РСФСР, 1975, т. 70, с. 133—138.

Ковалевский П. И. О галлюцинациях органа зрения у психопатов, лишенных зрительной способности. Воен.-мед. ж., 1880, 2, с. 114—136.

Колесников М. М. О некоторых особенностях сенсорного ассоциирования в зрительном восприятии. Вопр. психологии, 1958, № 6, с. 131—139.

Колотилин Г. Ф. Психопатология алкогольного делирия с летальным исходом. Ж. невропатол. и психиатр. 1974, § 2, с. 240—243.

Кононова Н. П. Эйдетические явления и их отношение к психопатологии. Ж. невропатол. и психиатр., 1929, № 1, с. 60—82.

Корганов Н. Н. Клинико-диагностическое значение галлюцинаций и псевдогаллюцинаций. Ростовск. сб. научн. тр. гос. мед. ин-та, 1949, т. 9, с. 344—346.

Корганов Н. Н. К психопатологической сущности и систематике галлюцинаций. Там же, с. 341—343.

Коркина М. В. Клиника дисморфофобических расстройств (синдромол. и [illegible] анализ). Докт. дис., М., 1963.

Короленко Ц. П. Материалы к клинике и патогенезу алкогольного делирия. Канд. дис., Новосибирск, 1962.

Корсаков С. С. Курс психиатрии, М., 1913.

Корсунский С. М. К психопатологии запирания мысли и вербальных галлюцинаций. В кн.: Проблемы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1936.

Корсунский С. М. К психопатологии вербальных галлюцинаций. Сов. невропатол. психиатр. и психогиг., 1936, № 7, с. 1246—1257.

Коченко З. В. Особенности зрительных галлюцинаций у детей и подростков. Ж. невропатол. и психиатр., 1937, № 11, с. 111—112.

Костюнина С. З. Синдром Кандинского—Клерамбо и при[illegible]ния, сходные с ним в структуре острых психозов экзогенно-органической природы. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976, с. 36—40.

Кронфельд А. С. Современные проблемы учения о шизофрении. Тр. Центр. ин-та психиатрии им. Ганнушкина. М., 1936, 1, с. 7—56.

Кронфельд А. С. Сновидения и галлюцинации. Там же, 1940, 5, с. 584—611.

Кулешова В. В. Особенности феномена внушения двойника при органических поражениях головного мозга и алкогольном отравлении. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1973, с. 59—63.

Куценок Б. М. и Алхимова Л. Н. Синдром вербального галлюциноза в [illegible] вопросы его нозологической принадлежности. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976, с. 58—65.

Лаврова Э. Ф. О синдроме ложного узнавания при шизофрении. Ж. невропатол. и психиатр., 1970 № 4, с. 560—564.

Лобова Л. П. К клинике и патофизиологии сенестопатических синдромов при шизофрении. В кн.: Вопросы клиники лечения патогенеза шизофрении и психических нарушений при сосудистых заболеваниях. М., 1960, с. 81—86.

Лупинская И. Р. Особенности синдрома психического автоматизма при [illegible] позднего возраста. Канд. дис., М., 1965.

Лысов В. Ц. К синдромологии патологических состояний с сновидным расстройством сознания. Тр. Моск. научн.-исслед. ин-та психиатрии МЗ РСФСР, т. 45, 1963, с. 259—267.

Маленко И. Л. К психопатологии одной из разновидностей функциональных галлюцинаций при шизофрении. В кн.: «Вопросы клиники, психопатологии лечения психических заболеваний и организации психиатрической помощи». М., 1977, с. 24—27.

Малкин П. Ф. Клинические варианты галлюциноза. В кн.: Проблемы психоневрологии. М., 1969, с. 263—265.

Мамцева В. Н. Образное патологическое фантазирование при вялопротекающей шизофрении у детей и его связь с псевдогаллюцинированием. В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 80—88.

Матвеев В. Ф. К вопросу о патогенетических механизмах эмоциональных расстройств при сенсорной (зрительной) депривации. Тр. VI-го Всес. съезда невропатологов и психиатров. М., 1975, с. 250—253.

Меграбян А. А. К учению о психическом автоматизме. Ж. Вопр. психологии, 1961, № 3, с. 39—45.

Меграбян А. А. Теоретические проблемы психопатологии. Ереван, «Айастан», 1967, с. 227.

Меграбян А. А. Общая психопатология. М., 1972.

Молохов А. Н. Об онейроиде как шизофреническом делирии. К вопросу о эндотоксических формах шизофрении. Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1936, № 1, с. 29—45.

Молчанов Г. М. Динамика галлюцинаций у больных шизофренией. Канд. дис., М., 1958.

Наджаров Р. А. Клиника, основные этапы учения о шизофрении и ее клинических разновидностях. В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез. М., 1969, с. 67—69.

Нарбутович И. О. Интероцептивные температурные иллюзии и галлюцинации. В кн.: Актуальные проблемы психиатрии. М., 1959, с. 393—397.

Насонов Б. А. и Куценок Б. М. О симптоме повторяемости. Ж. невропатол. и психиатр., 1965, № 11, с. 1667—1669.

Наумова В. В. Слуховые галлюцинации и слуховой эйдетизм. Ж. Сов. психоневрология, 1934, № 6, с. 129—132.

Невзорова Т. А. Лекции по психиатрии. М., 1976.

Недува А. А. К вопросу о феноменологической характеристике онейроидных расстройств при алкогольных психозах. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1973, с. 114—116.

Недува А. А. К вопросу дифференциальной диагностики онейроидных состояний от сходных сновидных расстройств сознания при алкогольных психозах. Там же, с. 117—119.

Никитина Г. Ф. Синдром вербального галлюциноза в клинике психозов позднего возраста. Канд. дис., М., 1973.

Никифоровский П. М. К учению о синестезиях. Ж. невропатол. и психиатр., 1937, № 12, с. 18—19.

Озерецкий Н. И. Психопатологические симптомокомплексы на гипертонической почве. Клинич. медицина, 1948, № 3, с. 14—22.

Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. Л., 1938, с. 327.

Озерецковский Д. С. К учению о навязчивых галлюцинациях. Тр. 1-й псих. клиники МГУ, М., 1927, вып. 2, с. 267—281.

Осипов В. П. Психология сновидений. Неврол. вестн., 1909, т. XVI, вып. 4, с. 688—712.

Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923.

Осипов В. П. К механизму происхождения зрительных галлюцинаций. В кн.: Вопросы зрительных галлюцинаций, психофизиологии и клиники чувствительности, Л., 1947, 15, с. 163—166.

Остроглазов В. Г. К вопросу о структуре и динамике тактильных галлюцинаций при алкогольном делирии. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1973, с. 69—73.

Остроглазов В. Г. Психопатология сенестопатий и галлюцинаций общего чувства. Канд. дис., М., 1975.

Павлов И. П. Пробная экскурсия физиолога в области психиатрии. Избр. произв. М., АМН СССР, 1949, с. 440—444.

Пападопулос Т. Ф. Динамическая психопатологическая структура острых (онейроидных) приступов периодической шизофрении. Ж. невропатол. и психиатр., 1966, № 1, с. 115—123.

Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. М., «Медицина», 1975, с. 192.

Перельман А. А. К учению о симптомокомплексе Кандинского—Клерамбо. Ж. невропатол. и психиатр., 1931, № 3, с. 44—53.

Перельман А. А. Синдром Кандинского—Клерамбо. В кн.: БМЭ, 1959, т. 12, с. 134.

Познанский А. С. Влияние кофеина на галлюцинации. Сов. психоневрология, 1936, № 7, с. 18—22.

Познанский А. С. Вопросы объективизации обманов восприятия В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 28—33.

Полонская З. В. Особенности развития синдрома Кандинского при ревматизме мозга. Там же, с. 170—174.

Попов Е. А. Делирий и бессонница. Врачебн. дело, 1934, 2, с. 141—144.

Попов Е. А. Зрительные галлюцинации и зрительный эйдетизм при алкогольном делирии. Ж. Сов. психоневрология, 1934, № 6. с. 126—128.

Попов Е. А. Галлюцинации и торможение. Там же, 1936, № 7, с. 5—12.

Попов Е. А. О разновидностях и динамике обманов восприятия. В кн.: Проблемы клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. Харьков, 1936, с. 265—271.

Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков, Центр. психоневрол. ин-т, 1941, с. 270.

Попов Е. А. и Любарская Т. Е. Своеобразный случай зрительных галлюцинаций и влияние на них различных воздействий. Сов. психоневрология, 1936, № 7, с. 98—100.

Попов Е. А. и Наумова В. В. О патогенезе и лечении белой горячки. Ж. Сов. психоневрология, 1935, 4—5, с. 152—159.

Попов Е. А., Познанский А. С. и Наумова В. В. О локализации галлюцинаций. Тр. 1-го Укр. съезда невропатол. и психиатров. Харьков, 1935, с. 312—314.

Попов Н. М. Лекции по общей психопатологии. Казань, 1897, с. 2.

Портнов А. А. О некоторых спорных проблемах психиатрии. Матер. для обсуждения на пленуме 2-го Всерос. съезда невропатологов и психиатров, дек., 1967, М., 1967, с. 20.

Портнов А. А. Делирий и онейроид (синдромологические барьеры). В кн.: Вопросы общей психопатологии и социальной адаптации психически больных. М., 1974, с. 9—13.

Приленский Ю. Ф. Новая проба для выявления галлюцинаторной готовности. Матер. обл. научн. конф. невропатологов и психиатров. Актюбинск, 1962, с. 22—23.

Равкин И. Г. Об одном особом виде тактильно-кинестетических галлюцинаций. Ж. невропатол. и психиатр., 1940, № 9, с. 14—25.

Рахальский Ю. Е. Лекции по психиатрии. Оренбург, 1967.

Рожнов В. Е. Судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий. М., Медицина, 1964, с. 124.

Розенштейн Л. М. К психопатологии и клинике делириозных аментивных состояний. Ж. невропатол. и психиатрии, 1923, т. 3, с. 163—183.

Розинский Ю. Б. К вопросу о структуре и генезе протрагированного алкогольного галлюциноза. Тр. Центр. ин-та психиатрии им. П. Б. Ганнушкина, 1941 ,т. 2, с. 297—309.

Ончевский С. П. К вопросу о зрительных галлюцинациях в связи с местными поражениями сенсорного аппарата. Ж. Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1933. № , с. 38—55.

Ончевский С. П. К патофизиологии и клинике зрительных галлюцинаций. Докт. дис., Л., 1937.

Ончевский С. П. Нарушение сенсорных координаций, сенсорный автоматизм и зрительные галлюцинации. Сб. тр. памяти акад. И. П. Павлова. Л., 1938. с .179—188.

Ончевский С. П. Вопросы патофизиологии и клиники галлюцинаций. Л., 1941.

Ронческий С. П. К теории галлюцинаций. Ж. невропатол. и психиатр., 1941, № 3, с. 53—58.

Ронческий С. П. и Скальская Б. В. Об обманах восприятия у детей. Ж. невропатол., психиатр. и психогиг., 1935, 9—10, с. 221—232.

Ронческий С. П. и Скальская Б. В. Экспериментально-клинические данные к вопросу о галлюцинациях. Ж. Сов. невропатол. психиатр. и психогиг., 1935, № 1, с. 10—22.

Ротштейн В. Г. Об особенностях синдрома Кандинского—Клерамбо при шизофреническом онейроиде. Канд. дис., М., 1965.

Рохлин Л. Л. Психопатологические воззрения В. Х. Кандинского. Ж. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1971, т. 71, вып. 7, с. 1084—1089.

Рохлин Л. Л. и Климушева Т. А. Самоописание синдрома Кандинского — Клерамбо больными параноидной шизофренией. В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 133—147.

Рохлин Л. Л. Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В. Х. Кандинского, М., «Медицина», 1975, с. 296.

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные исследования слуховых восприятий у психически больных. Матер. XIX Международного конгресса. М., 1968—69, с. 377—379.

Рубинштейн С. Я. О некоторых спорных положениях учебников психиатрии. Ж. невропатолог. и психиатр., 1977, № 1, с. 139—143.

Рубинштейн С. Я. Обманы слуха. Ташкент. «Медицина», 1977, с. 98.

Рыбальский А. М. и Извольский С. А. Клинико-статистическое исследование сновидений у психически здоровых и больных алкоголизмом. В кн. Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976, с. 107—112.

Рыбальский М. И. Нозологическая принадлежность псевдогаллюцинаций Кандинского. Тр. VI Всес. съезда невропатологов и психиатров. М., 1975, т. 3, с. 278—281.

Рыбальский М. И. Некоторые пути и методы изучения галлюцинаторных феноменов, возникающих при экзогенно-органических психозах. В кн.: Нервно-психические расстройства экзогенно-органической природы. М., 1975, с. 181—189.

Рыбальский М. И. Патокинетические соотношения между истинными и псевдогаллюцинациями при шизофрении. В кн.: Шизофрения, М., 1975, с. 139—142.

Рыбальский М. И. Классификация иллюзий и галлюцинаций. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976, с. 123—139.

Рыбальский М. И. Некоторые методологические позиции учения о галлюцинациях. Тр. VII-го Всес. съезда невропатол. и психиатров. М., 1981, с. 132—135.

Рыбальский М. И. Критерии клинической оценки галлюцинаций. Учебное пособие, М., 2-ой МОЛМИ МЗ РСФСР, 1982.

Селецкий В. В. Теория и психология галлюцинаций. Ж. невропатол. и психиатр. 1908, № 6, с. 908—939.

Семенов С. Ф. Зрительные агнозии и галлюцинации при черепно-мозговых ранениях затылочной области. Докт. дис., Л., 1950.

Семенов С. Ф. Зрительные агнозии и галлюцинации (к проблеме очаговой психопатологии). Киев, «Здоровье», 1965, с. 248.

Сербский В. П. Руководство к изучению душевных болезней. М., 1906.

Сикорский И. А. Основы теоретической и клинической психиатрии, с кратким очерком судебной психологии. Киев, 1910.

Скальская В. В. Клинические исследования о психосенсорных расстройствах у душевнобольных (взрослых и детей). Канд. дис., Л., 1945.

Скворцов К. А. Длительные и мгновенные галлюцинации двойника у больных с некоторыми расстройствами функций ушного лабиринта. Врачебн. дело, 1931, 23—24, с. 1277—1279.

Скворцов К. А. О расстройстве в сохранении времени у душевнобольных. Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1935, № 3, с. 17—34.

Скворцов К. А. Особенности телесных ощущений при шизофрении. Там же, № 5, с. 69—82.

Скляр Н. И. О навязчивых галлюцинациях. Ж. невропатол. и психиатр., 1909, с. 738—758.

Случевский И. Ф. Психиатрия. М., 1957.

Смоленцев Ю. И. Исследования различия истинных и псевдогаллюцинаций путем моделирования их в гипнозе. В кн.: Проблемы моделирования психической деятельности. Новосибирск, 1968, вып. 2, с. 348—350.

Снежневский А. В. Предисловие к кн. В. Х. Кандинского «О псевдогаллюцинациях». М., 1952, с. 3—20.

Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов. Ж. невропатол. и психиатр., 1960, № 1, с. 91—108.

Снежневский А. В. Симптоматология и нозология. В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез. М., 1969, с. 5—28.

Соколова Е. Д. Клиника и психопатология галлюцинаторной и галлюцинаторно-параноидной шизофрении. Канд. дис., М., 1967, с. 279—311.

Старшенбаум Г. В. Клинико-экспериментальная оценка образных переживаний, внушенных в гипнозе. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976, с. 99—106.

Старшенбаум Г. В. Психопатологический анализ образных переживаний, внушенных в гипнозе. Там же, с. 113—122.

Стрельчук И. В. Хронические алкогольные галлюцинозы. М. (Клинич. невропсихиатрическая б-ца Мосгорздравотдела), 1947, с. 143.

Стрельчук И. В. Интоксикационные психозы. М., «Медицина», 1970, с. 304.

Стрелюхин А. К. Феноменология и генез зрительных галлюцинаций при интоксикации гашишем. В кн.: Краевая патология н. с. Душанбе, 1948, с. 89—96.

Сумбаев И. С. О структуре обманов чувств при алкогольном галлюцинозе. В кн.: Проблемы психопатологии. Иркутск, 1946, с. 180—197.

Сумбаев И. С. К психопатологии и клинике деперсонализации. В кн.: Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1958, вып. 2, с. 75—85.

Сумбаев И. С. О разграничении основных видов галлюцинаций. Там же, с. 103—114.

Суханов С. А. О галлюцинаторных навязчивых представлениях и навязчивых галлюцинациях. Рус. врач. 1904, т. 45, с. 1503—1507.

Суханов С. А. К учению о галлюцинозах. Ж. невропатол. и психиатр., 1906, № 3, с. 373—388.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955, т. 1.

Татаренко Н. П. Психиатрия. Киев, 1971.

Телятник Ф. К. О частых зрительных иллюзиях. Неврол. вестн., Казань, 1896, т. 4. вып. 2, с. 119—136.

Томашевский Б. В. и Симонович М. П. К учению о патогенезе галлюцинаций при эпилепсии. Вестн. клинич. и судебн. психиатрии и невропатол., 1888, № 1, с. 60—88.

Тощева Т. Е. Синдром психического автоматизма при экзогенных психозах. В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 164—169.

Удовиченко А. С. Сравнительная оценка тактильной пробы, пробы Липмана и пробы чистого листа при выявлении галлюцинаторной готовности. Матер. обл. научн. конфер. невропатол. и психиатров. Актюбинск, 1962, с. 24—25.

Ушаков Г. К. Структура синдрома психического автоматизма у больных шизофренией. Научн. труды (Центр. научн.-исслед. ин-т судебной психиатрии), вып. 15. Проблемы клиники, судебно-психиатрич. экспертизы, патофизиологии и иммунологии шизофрении, № 3. 1964. с. 386—395.

Ушаков Г. К. Семиология галлюцинаторов и систематика галлюцинаций. Ж. невропатол. и психиатр., 1969. № 7, с. 1051—1056.

Ушаков Г. К. О паранойических галлюцинациях воображения при параноильяльных состояниях. Там же, 1971, № 1, с. 106—112.

Ушаков Г. К. Галлюцинации. В кн.: БМЭ, 1977, т. 4, с. 1651—1669.

Фаворина В. Н. К клинике и психопатологии онейроидной кататонии. Ж. невропатол. и психиатрии, 1956, № 12, с. 942—948.

Фель М. И. Галлюцинозы инволюционные, клиническое обоснование и лечение. Азерб. мед. ж., 1961, № 3, с. 25—32.

Финкельштейн В. И. О природе галлюцинаций при схизофрении. В кн.: К проблеме схизофрении. М., 1934, с. 67—78.

Фотьянов М. И. Иллюзии зрения при алкогольном делирии. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1973, т. 1, с. 38—43.

Фотьянов М. И. Иллюзии (опыт систематики). В кн.: Вопросы общей психопатологии. М., 1976, с. 12—20.

Фотьянов М. И. О влиянии звуковой стимуляции на галлюцинации слуха. В кн.: Вопросы клиники, психопатологии, лечения психических заболеваний и организации психиатрической помощи. М., 1977, с. 16—23.

Фрумкин Я. П. Психиатрическая терминология. Краткий словарь, Киев, Госмедиздат, УССР, 1939, с. 131.

Хаймович М. М. Галлюцинации у истериков при ясном сознании. Тр. Укр. психоневрол. ин-та. Харьков, 1945, т. 14, с. 354—367.

Халецкий А. М. Условные связи в построении галлюцинаций. Тр. Астраханск. мед. ин-та. Астрахань, 1956, т. 12, с. 356—364.

Халецкий А. М. О контрастных формах синдрома психического автоматизма. В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 47—57.

Хохлов Л. К. Вопросы клиники и некоторые патофизиологические условия возникновения псевдогаллюцинаций. Канд. дис., Ярославль, 1958.

Хохлов Л. К. О механизмах проекции галлюцинаторных голосов. В кн.: Учение Введенского и некоторые вопросы физиологии и патологии нервной системы. Ярославль, 1962, с. 55—62.

Хохлов Л. К. Синдром Кандинского—Клерамбо Докт. дис., Ярославль, 1965, т. 1—2.

Цареградский А. А. Объективные доказательства галлюцинаций. Вестн. душевн. болезней, 1905, 1, с. 15—37.

Чиж В. Ф. Учебник психиатрии. СПб, 1911.

Шахматов Н. Ф. Галлюцинозы позднего возраста. Ж. невропатол. и психиатр., 1976, № 3, с. 401—406.

Шевелев Е. А. О мышлении вслух при психических заболеваниях. Сов. психоневрология, 1937, № 4, с. 28—41.

Шмарьян А. С. Мозговая патология и психиатрия. М., 1949, с. 351.

Шостакович В. В. К клинике и систематике галлюцинаций. Ж. Сов. психоневрология, 1935, 4—5, с. 160—166.

Шостакович В. В. Истинные галлюцинации и их механизм. Докт. дис., Курск, 1940.

Шостакович В. В. Патогенетические механизмы сложных (комплексных) галлюцинаций. Тр. Укр. н.-и. психоневрол. ин-та, 1964, т. 33, с. 335—342.

Штернберг Э. Я. О галлюцинаторных состояниях у тугоухих. В кн.: Вопросы психиатрии. М., 1959, вып. 3, с. 472—488.

Штернберг Э. Я. Случай словесной глухоты с вербальным галлюцинозом. Ж. невропатол. и психиатр., 1959, № 1, с. 61—67.

Штернберг Э. Я. Хронические галлюцинозы при органических мозговых заболеваниях. В кн.: Вопросы психиатрии. М., 1960, вып. 4, с. 273—283.

Штернберг Э. Я. Зрительные галлюцинации у слепых. В кн.: Вопросы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1960, с. 100—107.

Штернберг Э. Я., Молчанова Е. К. и Рохлина М. Л. Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста. М., 1971.

Эглитис И. В. Определение сенестопатий и их дифференциальная диагностика в рамках шизофрении и органических заболеваний ЦНС. В кн.: Вопросы клиники, психопатологии, лечения психических заболеваний и организации психиатрической помощи. М., 1977, с. 44—54.

Allenstiel, H. Den Sinnengedächtnis Erscheinungen hallestelende langdauerde akustische Halluziontionen. Eine Selbstbeobachtung. Archiv für Psyciatrie u. Nervenkrankheiten, 1963, 204, 1, S. 86—95.

Aschaffenburg, G. Ein Gugendstrafgesetzbuch. Monatshr. f. krim. Psychol., Heidelb., 1912, p. 234—238.

Baillarger, J. Des hallucinations. Memoires couronnés par l'Académie royale de médicine. Paris, 1844, v. 12. s

Baillarger J. Des hallucinations, des causes qui les produisent. et demaladies qu'elles caractèrisent. Mémoires de l'Académie de mèdicine. Paris' 1846. 12, p. 273—475.

Baillarger, J. De l'influence de l'etat intermédiaire a la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations. Mémoires de l'Académie royale de médicine. Paris, 1846, 12, p. 476—516.

Bartlet, J. A case of organized visual hallucinations in an old man with cataract, and their relation to the phenomena of the phantom limbs. Brain, 1951, 74, 3. p. 363—373.

Baruk, H. Psychiatrie: médicale, physiologique et expérimentale, sémeiologie-thèràpeutique. Paris. 1938

Baruk, H. Traité de psychiatrie. Paris, 1959.

Benedetti, G. Die Alkoholhalluzinosen. Stuttgart, 1952.

Benoit, J.-C. Les substances hallucinogènes. Leur rôle dans la recherche et dans la thérapeutige psychiatrique actuele. Sem. ther., 1965, 41, 1, p. 28—33.

Bergmann, B. Zur Genese der taktilen Halluzinose B. L. W. des Dermatozeen Wahnes. Nervenarzt, 1957, 28, 1, S. 22—27.

Berze, J. Eigenartige Geschitshalluzinationen in einem Fall akuter Trihber Psychose, Zeitschrift für d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 84, 1919.

Bilz, K. Das Belagerungserlebnis in den Alkoholhalluzinosen. Eine Untersuchung über Situation und das verhalten des Subjekts. Nervenarzt, 1956, 9, S. 402—409.

Binswanger, J. Бинсвангер. Учебник психиатрии. С.-Петербург, 1908.

Bleuler, E. Extrakampine Halluzinationen Psych.-neur. Wschr., 1903.

Bleuler, E. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Пер. с. 3-го нем. изд. Берлин, 1920.

Bleuler, M. Pituitary treatment of dwarf growth, schioeiz. med. Wehusehr, 52:703, July 13, 22.

Bogaert, V. l'hallucinose pédounculaire. Rev. neurol., 1927, 34, 4. p. 408—617.

Bonhoeffer, K. Die exogenen Rezctionstypen. Archiv fur Psychiatrie Neurol, 1917, 58, S. 58—79.

Bonhoeffer, K. Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentrabt. f. Neurol., 1909, S. 499.

Bonhoeffer, K. Die Psychosen im befolge.von akuten Intektionen Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. In Buch: Handbuch der Psychiatrie, Leipzig-Wien. 1912, S. 1—118.

Bonne, G. Uber das Fibrincerment und seine Beziehungen sum Organismus. Ein Beitrag zur Lehre von der Blutgerinnjng mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Wurzb. 1888. J. Herts., 8, S. 128:

Bonnet, Ch. Essai analitique des facultés de l'âme. Copenhague, 1769.

Bumke, O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Bd. 2. München, 1924, 1936.

Camus, P. Hallucinations visuelles et Hémianopsie. L'Encephale, 1911, 6, p. 505—520.

Capgras, J. Reboul-Lachaux J. Ullusion des „sosies" dans un délire systématigue chronique. Ann. med-psychol., 1923, 81, 1, p. 18.

Chodura V. Pripad taktilni halucinozy pri chronicke intoxikaci Efedrinem. C. Psychiat., 1969, 65, i, p. 36—38.

Claude H. Mécanisme des hallucinations syndrome d'action extérieure. L'Encephale, 1930, 5. p. 345—359.

Claude H. et H. Ey Evolution des idées sur l'Hallucination (Plsition actuelle du problème). L'Encephale, 1932, 5, p. 361—377

Claude H. et H. Ey. Hallucinose et hallucination, les théories neurologiques des phénomenes psychosensoriels. L'Encephale, 1932, 27, 5, p. 576—621.
Claude H. et H. Ey. Le problème des hallucinations. L'Encephale, 1933.
Connoly F. H. a. Gittleson N. L. The Relationship Between Delusions of Sexual Change and Olfactory and Gustatory Hallucinations in Schizophrenia Brit. I. Psychiat., 1971. 119, 551. p. 443—444
Conrad K. Zum Problem der chronischen taktilen Halluzinose. Archiv f. Psychiatrie u. Zeitschr. Neurol., 1955, 193, 6. S. 601—606.
Courbon P. et G. Tusques. Ullusion d'intermétamorphose et charme. Ann. médico-psychologiques. 1937, 90, 1. p 401—406
Cramer A. Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung Freiburg. 1889. Приведено по Р. Я. Голант. 1939.
Daumezon M. Hallucinations visuelles, conscientes et transitoires. Ann. médico-phychologiques, 1936, 94, 1. p. 257—262.
Dupre E. Revue policlinique de psychoses hallucinatoires chroniques. L'Encephale, 1907, 1, p. 398—418.
Esquirol, J. E. D Traité des Maladies mentales Paris, 1828
Ey, H Quelques aspects généraux du problème des halluc. Schweiz. Archiv f. Neurol. u. Psychiatrie, 1932, 2
Ey, H. Hallucination et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbale. Paris, 1934.
Ey, H. Esquirol et le problème des hallucinations. L'évolution psychiatrique, 1939, 1.
Ey, H. Les hallucinoses. L'Encephale, 1957, 46, 5—6, p. 564—573.
Ey, H. Traire. des Hallucinations. Paris, 1973.
Ey, H.; Bernard, P.; Ch. Brisset. Manuel de psychiatries. Paris, 1967.
Ewald G. Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie 2. Aufl. Berlin, 1918.
Falret, J. F. Du délire de persécution chez les alienes raisonnants. Ann. médico-psychologique 1878, 20. p. 396 400.
Farnarier, F. La psychose hallucinatoire aiqul. Thèse, Paris, 1897.
Fischer, L. E. Kahn, A Edwards, D Davis 24-Hour Sleep Pattern Archiv gen. Psychiat., 1973, 29, 3, p. 380—385.
Fleck, U. Ergänzung der Bemerkungen zur chronischen taktilen Halluzinose Nervenarzt, 1957, 5, S. 231—233.
Flornoy. Th Des phénoménes de synopsie (audition colorée). Paris. F. Alvan, 1893.
Flornoy. Th. Le cas de Charles Bonnet. Archive Psychiat., Genève, 1902, 1, p. 1—23.
Clatzel J. Zur Problem der sogenannten Pseudohalluzination. Fortschr. Neurol. Psychiat. Grenzgeb, 1970, 307, S. 348—364.
Goldstein K. Zur Theorie der Halluzinationen. Arch. f. Psychiat u. Nerven. Bd 44, 1890, H. II, III. S. 584—655; 1036—1106.
Goldstein K. Weitere Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen. Neurol. u. Psych., 1913, 14, S. 502—544.
Gordon A. L'hallucinose comme entite clinique. Ann. méd-psychol., 1928 1, p. 211—219.
Gould, L. H. Verbal hallucinations as automatic speech. Amer. J. of Psychiatry, 1950, 2, p. 110—119.
Greenberg R., Ch. Pearlman. Delirium Tremens and Dreaming. Am. J. Psychiat., 1967, 124, 2, p. 133—142.
Greogrio de, G. Sull'gllucinosi peduncolare casa divina providenza. 1951. 4, p. 22—52. Excer Med. Neurologi a. Psychiatry. 1954, 5, 1932.
Гризингер В. Душевные болезни, С.-Петербург, 1867, с. 393—395. Пер. со 2-го нем. изд.
Guiraud P. La thérie des écrans sensoriels l'hallucinations. Ann. méd-psychol., 1937, 1, a. 95.
Hagen J. Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 25, 1868, H. 1—2, S. 1—113.
Hemphill R. E. Auditory hallucinations in polyglots. S. Aft. mtd. J., 1971, 45, 48, p. 1391—1399.

Hiojashi H. a Koshika K. On the comparative study of hallucination in the schizophrenias and organic psychoses. Clinical genetics in psychiatry. Osaka, Tokatsuki, 1967, p. 155—161.

Horowitz M. T. The imagery of visual hallucinations J. nerv ment. Dis., 1964, 138, 5, p. 513—523.

Jaensh W. Grundruge einer Physiologie und Klinik des Psychophysischen Persönlichkeit. 1926.

Janet P Жанэ П. Психическии автоматизм. М., 1913

Jansson B. The Prognostic significance of Various types of hullucinations in young people. Acta psychiat., Scand., 1968, 44, 4, p. 401—409.

Jaspers C. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1923.

Kahlbaum K. Die Hallucination. Allg. Ztschr. f. Psych., 1866, 23, S. 1—50.

Kahlbaum K. Die Sinnesdelirien. Ein Beitrag zur klinischen Erweiterung der Psychiatrischen Symptomatologie und zur phisiologischen Psychologie. Allg Ztschr. f. Psych, 1866, 23, S 1—56, 82—86

Kleist K. Verhandlung psychiatrischer Vereine. Berichte über endogene Verblödungen. Allg. Ztschr. f. Psych., 1919, 75, 2, S. 242—245.

Kleist K. Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen, Berlin, 1920.

Klempel K. Клемпель К. Идентификация личности по образцу так называемого симптома Капгра и родственные феномены, 1973.

Kraepelin E. Крепелин Э. Психиатрия. Учебник для студентов и врачей. Пер. с нем. С.-Петербург, 1899, 1912.

Kramer A. Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Freiburg i. Br. 1889.

Kramer M. Крамер М. Содержание сновидений у здоровых лиц и при психопатологических состояниях, 1970.

Krafft-Ebing R. Крафт-Эбинг. Учебник психиатрии. Пер. с нем. С.-Петербург. 1881.

Kurth W. Pseudohalluzinationen bei organischen Krankheiten. Archiv. f. Psych., 1940, H. 1.

Lafon M. R. Le problème de l'hallucinose pédounculaire. Paris, 1951, 41/13, p. 181—188; Excer. Med. Neurology a Psychiatry, 1952, 2.

Lelong P. Le problème des hallucinations. P., 1928.

Lelut F. L'Amulette de Pascal pour servir l'histoire des hallucinationes. Paris, Bailliere, 1846, p. 37.

Leonhard K. Über die Entstehung oneiroider Zusland bei einem Hypophysentumor. Arch. f. Psych. u. Nervenarzt, 1972, 4, S. 209—232.

Lévy-Valensi J. L'automatisme mentae dans les délires systématiques chroniques d'influens et hallucinatoires Ze syndrome de dépossession Encephale, 1927, 7, p. 562—663.

Lhermitte J. Syndrom de la calotte du pédoncule cérébral. Les troubles psycho-sensoriels dans les lésions du mésencéphale. Rev. Neurol., 1922, 11, p. 1359—1365.

Lhermitte J., Trell J. Лермитт Ж. и Трель Ж. Галлюцинации, вызванные поражением ножек мозга. Сб., посвящен. юбилею С. П. Давыденкова. Л.—М., 1935

Lhermitte J. Les hallucinations dans leurs relations avec les lésions du lode occipital. In: Grand. Lobe Occipitale. Paris, 1960, p. 289—300.

Liepmann H. Über die Delirien der Alkoholisten und über künstlich b ihren hervorgerufenen Visionen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XXVII, 1895, H: I., S. 172—232.

Lowe G. K. The Phenomenology of Hallucinations as an Aid to Differential Diagnosis. Brit. J. Psychiat., 1973, 123, 577, p. 621—633.

Maio de. L. et Fuggioli. L Su di im caso di delirio dermatozoico di Ekbom. Rass. Studi psichiat, 1962, 51, p 56—63

Maio de, L. Майо де. Обонятельные галлюцинации и сновидения, 1969.

Marcé L. Traités pratiques des maladies mentales. Paris, 1862.
Mathé A. Маттей А. Дополнительные исследования душевных болезней. В кн.: Пинель Ф. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. Пер. с франц., М., 1829.
Mayer-Gross W. Handbuch der Geisteskrankenheiten. Hrsg. v. Oswald Bumke. Bd. 1. Allg. Teil, Berlin, 1928, 1.
Mayer-Gross W. Zum Problem des Schizophrenen Reaktionstipus. Ltschr. f d ges. Neurol. U. Psychiat:, Berl. 1924, p. 68—77.
Mayer-Gross W. Psychopathologie und Klinik der Trungwahrnehmungen. In: Handbuch der Geisteskrankenheiten O. Bumke, Berlin, 1928, 1, S. 427—507
Mayer-Gross W. Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneroide. Erlebnisform: psychopathologisch—klinische Untersuchungen. Berlin, 1924.
Mayer-Gross W. Slater E, Roth M. Clinical psychiatry. London, Cassel &C., 1955, p. 652.
Meduna L. J. Oneuriphrenia the confused state Urbana, 1950
Meynert Th. Von den Hallucinationen. Wien med. Blätter, 1878, 9
Meynert Th. Мейнерт Т. Психиатрия. Клиника заболеваний переднего мозга. Пер. с нем., Харьков, 1885.
Moravcsik E. Моравчик Е. Искусственно вызываемые галлюцинации. Ж. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова, кн. 3, 1903.
Moreau de Tours I. Du haschish et de l'aliénation mentale. Paris, 1845.
Moreau de Tours I De l'identité de l'etat de rève et de la folié (Mémoire de l'Académie Impériale de Médicine le 8 mai 1855). Ann. méd.-psychol., 1855, 1856, p. 361—408.
Morel F. De quilques caractéres cliniques des hallucinations auditives verbales. Schweiz. Arch. Neurol. u. Psych., 1933, 32, p: 351—356:
Morris G. O., H. L. Williams, A. Lubin. Misperception and disorientation during sleep deprivation Arch. psychiat, 1960, 3, p. 247—254.
Morsier de G. Les hallucinations. Rev. d'oto-neuro-ophtalmologie, 1938, 16, 4, p. 244—352.
Morsier de G. Le sundrome de Charles Bonnet: hallucinations visuelles des viellards sans déficience mentale. Ann. méd.-psychol., 1967, 215, 5, p. 677—702.
Morsier de G. Nouvelle contribution à l'étude des hallucinations. Psychiat. clin., Basel, 1971, 3, 4, p. 129—144.
Musson D. Мюссон Д. Иллюзии и галлюцинации у помешанных. В кн.: Архив психиатрии. 1887, т. 9, № 1. Am J. of Insanity, 1887, 1.
Mourgue R. Neurologie de l'hallucination essaié sur variété particulairt de désintegration de la fonction. 1932.
Mourgue R. La neurobiologie des hallucinations, 1933.
Obersteiner H. Оберштайнер. Галлюцинации при прогрессивном параличе. Архив. псих., нейр. и судеб. психиат., 1893, 22, 2.
Oda T. Ода Т. Исследование содержания сновидений у больных шизофренией методом пробуждения во время фазы быстрых движений глаз. 1973.
Parhon-Stefanescu C., A. Dosios. Sindrom de automatism mental. Hallucinatii transfuse (répércusive hapto-aud tive. Neurol. psych, 1956. 1, p. 78—79).
Pick A. Beiträge zur Lehre von den Halluzinationen. Neurol. Zentral. blatt, 1892, Jg. 11, S. 329—337.
Pinel Ph. Пинель Ф. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. М., 1829.
Plaut F. Uber Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin, 1913.
Rae A. S. L. A reccurent vestibular hallucinatory state contin. Neurol., 1953, 13, 2, p. 96—102.
Rainer J. D. et collab. Phenomenology of hallucinations in the Deaf. Meeting East. Psychiat. Res. Assoc., New York, 1969, p. 449—456.
Reale G. Esiste una estesia allucinatoria? Rev. Pat. Nerv., Ment., 1953, 74, p. 84—90.
Regis E. Précis de psychiatrie. Paris, 1914.
Sandhal A. Om Lilliputhallucinationer. Nord. psychiat. T., 1962, 16, 4, S. 283—289.
Sauvages de, S. B. Nozologia methodica systems emorborum classes. T II. Amstelodami F. r. de Tournes, 1768, p. 152—274.

Scharnke A. Über Beziehungen zwischen Sinnestäuschungen und eidetischer Anlage. Allg. Psychiatr., 1927, 86, 3—5, S. 292.
Shilder P. Uber Galluzinationen. Berlin. 1920, Z. Neur., Bd 53
Schilder P. Шильдер П. Сущность гипноза. Пер. с нем., Л., 1926.
Schilder P., O. Kaudern. Шильдер П. и Каудерн О. Гипноз. Пер. с нем., изд. ОГИЗ, 1927.
Schder P. Experement imagenation after images and hallucination. Gen. Amer. Psychiat., 1933, 13, 3, p. 598—611.
Schneider C. Das Wahrnehmen. Handbuch der Geisteskrankheites von O. Bumke, Spezieller Teil. Bd. 9, 1930.
Schneider K. Klinische Psychopatologie, Stuttgart, 1959, S. 166.
Schober W. Zur Bränomenologie palinopsieartiger Vergänge in der akuten Hallucinose, Psychiat., Basel, 1968, 1, 40, S. 245—252.
Schröder P. Über Gesishtchalluzinationen bei organischen Hirnleider. Arch. f. Psychiat. u. Ntrvenkr., 1925, 73, 2—4, S. 277—308.
Schröder P. Das Hallhzinieren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u; Psych:. 1926, 101, S. 559—614.
Schüle H. Шюле Х. Руководство к душевным болезням. Харьков, 1880.
Séglas J. Les Hallucinations psychomotrices verbales Progrès Médical, 1888, 2, 53, p. 137—139.
Séglas J. L'hallucination dans ses repports avec la fonction du langage. Progrès Médical, 1888, 33—34.
Séglas J. De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Ann. med.-psychol., 1892, 15, p. 119—130.
Séglas J. Сеглас Ж. Патогенез и физиологическая патология слуховых галлюцинаций. Обозр. псих., 1897, 1; 2.
Sérieux P. et G. Capgras. Délire systematique chronique hallucinatoire. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Paris, 1921, 5, 1, 8, p. 238—329.
Stojanov S. Стоянов С. Т. Шизофрения и онейроид (клиника и психопатология). Ж. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1961.
Sully J. Illusions. A psychological study. 2 ed. London, 1881.
Sutter J. M. L'apport de la neurologia à la psychopathologia des hallucinations. Evolut. Psychiat., 1962, 27, p. 501—535.
Tamburini A. La théorie des hallucinations. Rev. Scientifique, 181, p. 138—142.
Verbeek E. délire dermat ozoaire et le problème de l'hallucinose tactile chronique. Psychiat et Neurol, Basel, 1959, 138, S. 217—233
Victor M., J. M. Hope. The phenomenon of auditory hallucinations in chronic alcoholism. J. nerw. a. ment. dis., 1958, 126, 5, p, 451—481:
Vie J. Un trouble de l'identification des personnes, l'illusion des socies. Ann. med.-psychol., 1930, 1, 3, p. 214—237.
Walther-Bull H. Le syndrome de l'hallucinose. A propos de l'hallucinose chronique. Psychiat. et Neurol., Basel, 1966, 152, 6, p. 345—362.
Wernicke C. Grundriss der Psychiatre in klinischen Vorlesungen. Leipzig, 1900.
Wernicke C. Über Hallucinationen, Rathlosigkeit und Desorientirung in ihren wechselheitigen Beziehungen. Mtsch. f. Psych. Neurol., 1901, Jan.
Wolpert. Über die Halluzinationen der Schizophrenen. Allg. Ztschr. f. Psych., 1927, 3—5, S. 302—307.
Wyrsch J. Über Schizophrene Halluzionosen. Allg. Ztschr. f. Psychiat., 1938, 108, 3—4, S. 231—253.
Ziehen Th Über Störungen des Vorstellungsablaufs bei Paranoia. Arvh. f. Psychiat. u. Nervenk., 1892, 24, 1, S. 112—154.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

Введение. **Спорные вопросы учения об иллюзиях и галлюцинациях** 6

Глава первая. **Пути и принципы систематики иллюзий и галлюцинаций, методика и критерии их психопатологического анализа** . . . 14

Пути и принципы систематики галлюцинаций 14
Принципы методологического подхода к изучению иллюзий и галлюцинаций 22
Критерии клинической оценки галлюцинаций 27
Основные общие критерии клинической оценки иллюзий и галлюцинаций 29
Основные частные критерии клинической оценки иллюзий и галлюцинаций 39
Вспомогательные признаки галлюцинаций 50

Глава вторая. **Определение сводных понятий, объединяющих все иллюзорные, галлюцинаторные феномены и их классификация** 55

Основные типы иллюзий и галлюцинаций, их дефиниция . . . 55
Определение понятия «иллюзии» 56
Определение понятия «галлюцинации» 58
Правомерность разграничения иллюзий и галлюцинаций . . 64
Определение понятия «галлюциноз» 67
Определение понятия «синдром психического автоматизма» . . 72
Определение понятия «галлюциноиды» 74
Определение понятия «псевдогаллюцинации» 76
Определение понятия «психические галлюцинации» 84
Патокинетические соотношения между истинными и псевдогаллюцинациями при шизофрении 85
Нозологическая принадлежность псевдогаллюцинаций Кандинского 90
Схема классификации иллюзий и галлюцинаций 95

Глава третья. **Иллюзии и галлюцинации «неврологические», (органические), аффективные и феномены эйдетизма** 100

1-я группа, иллюзии непсихотические — физические и физиологические 100
2-я группа: иллюзии ощущений — неврологические (дизестезии, сенестопатии, парестезии) 101
3-я группа: иллюзии и галлюцинации центрального органического генеза (иллюзии цвета, фотопсии и акоазмы, расстройства сенсорного

синтеза — аутометаморфопсические, экзометаморфопсические иллюзии, иллюзии повторяемости, органические галлюцинозы — вербальный галлюциноз Плаута, диплопический, полиопический галлюцинозы, рецепторный галлюциноз, галлюциноз оптический Шарля Бонне, галлюциноз мезенцефалический, диэнцефалический, педункулярный Лермитта) 104
4-я группа: иллюзии рефлекторные (синестезии), функциональные (парейдолические), иллюзии и галлюцинации аффективные, психогенные 126
5-я группа: явления эйдетизма, сенсориализованные представления, последовательные образы, эйдетизм 132

Глава четвертая. **Иллюзии и галлюцинации, возникновение которых связано с помрачением сознания** 141

6-я группа: непсихотические галлюцинации — сновидения, внушенные и гипнотические галлюцинации 141
7-я группа: иллюзии и галлюцинации состояний помраченного сознания (иллюзии, галлюцинации аментивного и сумеречного состояний, иллюзии и галлюцинации онирического, делириозного, онейроидного синдромов, псевдогаллюциноз) 167
8-я группа: иллюзии и галлюцинации «промежуточные, фазовые» (синдром ложного узнавания, галлюцинации при закрытых глазах) . 209

Глава пятая. **Галлюцинозы — функциональные, рефлекторные, истинные и истинные галлюцинации** 219

9-я группа: галлюцинозы функциональные, рефлекторные, истинные 219
10-я группа: галлюцинации истинные (элементарные, вкусовые, обонятельные, тактильные, зрительные, аутоскопические, вербальные, антагонистические), иллюзии бредовые 236

Глава шестая. **Псевдогаллюцинации и психические галлюцинации** 253

11-я группа: неполные псевдогаллюцинации (галлюциноиды) и полные развитые псевдогаллюцинации 253
12-я группа: феномены «промежуточные» между псевдо- и психическими галлюцинациями, собственно психические галлюцинации, идеаторные психические галлюцинации 273

Заключение 285

Библиография 287

Марк Исидорович Рыбальский
ИЛЛЮЗИИ И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Научный редактор *В. Д. Москаленко*
Редактор издательства *Н. Сухомяс*
Художник обложки *Г. Аванесов*
Художественный редактор *А. Алекперов*
Технический редактор *А. Рагимов*
Корректоры *А. Сабаева, З. Ашумова*

ИБ—2277

Сдано в набор 22.03.82. Подписано к печати 9.09.83. ФГ 13305. Формат бумаги 60×90¹/₁₆. Типографская бумага № 1. Гарнитура латинская. Печать высокая. Физ. и усл. п. л. 19. Усл. кр.-отт. 19,25. Учетн. изд. л. 20,4. Тираж 16000. Заказ 139. Цена 1 руб.

Азербайджанское государственное издательство учебно-педагогической литературы «Маариф» Государственного комитета Азербайджанской ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Баку—370111, ул. А. Тагизаде, 4.

Типография Новая Книжная Государственного комитета Азербайджанской ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Баку, ул. А. Тагизаде, 4.