Психопатологические особенности бреда преувеличенной самооценки в картине эндогенных маниакально-бредовых состояний

А.В. СОКОЛОВ

Psychopathological features and delusion of exaggerated self-esteem in endogenous manic-delusion states

A.V. SOKOLOV

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Обследовали 40 больных с эндогенными маниакально-бредовыми состояниями, в структуре которых картина бредовых расстройств определялась бредом преувеличенной самооценки. На основании анализа механизмов бредообразования и соответствия (конгруэнтности) маниакальному аффекту и его особенностям описано 3 типа бредовых синдромов. При 1-м типе доминировал бред переоценки собственной личности, он формировался по аффективным механизмам как один из симптомов маниакального состояния; при 2-м типе имели место смешанные механизмы бредообразования (аффективные и по типу острого чувственного бреда — бреда восприятия), доминировал конгруэнтный маниакальному аффекту по содержанию бред величия с фантастическим видоизменением; при 3-м типе бредообразование шло по механизмам острого параноидного состояния с парафренно-конфабуляторным видоизменением с конгруэнтными содержанию аффекта мегаломаническими идеями особой миссии, могущества, знатного происхождения. Все 3 типа маниакально-бредовых состояний различались особенностями маниакального аффекта, фабульной характеристикой и степенью масштабности бреда, особенностями восприятия собственной личности (наличием или отсутствием бредовой деперсонализации). Обсуждается диагностическая неправомерность ориентации только на содержательную сторону бреда и большая прогностическая значимость учета механизмов бредообразования.

Ключевые слова: *маниакальный аффект, маниакальный бред, бредообразование, типология.*

Forty patients with endogenous manic-delusion states with the domination of exaggerated self-esteem in the clinical presentations were examined. Based on the analysis of mechanisms of delusion formation and congruency to the mania affect and its characteristics, 3 types of delusion syndromes have been singled out. Type 1 is characterized by the domination of delusion of exaggerated self-esteem, it is formatted by affective mechanisms as one of the symptoms of mania; type 2 is characterized by combined mechanisms of delusion formation (affective and acute delusion of sensuality — delusion of perception), with the domination of delusion of grandiosity congruent by its contest to mania affect. Type 3 is described by the formation of delusions according to mechanisms of acute paranoid state with paraphrenic-confabulatory modification congruent by the contest of affect to megalomaniac ideas of special mission, grandiosity, noble origin. All 3 types of manic-delusion states differed by characteristics of mania affect, plot characteristics and a degree of delusion scope as well as features of depersonalization. Diagnostic wrongfulness of the orientation only on the contest aspect of delusion and greater predictive value of mechanisms of delusion formation are discussed.

Key words: *manic affect, manic-delusion, delusion formation, typology.*

Вопросы психопатологии бредовых расстройств в картине маниакально-бредовых состояний и их особенностей, сопряженных со спецификой собственно маниакального аффекта, в доступной нам психиатрической литературе не получили детального освещения. Однако начиная с конца XIX века при описании маниакального аффекта в рамках выделяемых в то время чистых (простых) маний, а затем и при описании маниакально-депрессивного психоза исследователи при перечислении маниакальных симптомов неизменно указывали на возможность развития характерных бредовых идей. Наряду с бредом кверулянтства, реформаторства, изобретательства и другими с постоянством констатировались идеи величия, гениальности, «грандиозности», особой миссии, могущества [6, 20, 22, 23], высокого происхождения, «эротической привлекательности» [19], объединяемые свойством «преувеличенной самооценки» больных [23]. Содержание бредовых идей величия в картине маниакального аффекта многие авторы склонны выводить из доминирующих маниакальных симптомов, «окрашивающих определенные ряды представлений больного, на которых концентрируется вся психическая деятельность личности» [21], как «мотивирование или попытку объяснения себе болезненно-веселого настроения и повышенного самочувствия» [17], с готовностью маниакальных больных к внушению [22], их «самомнением» и хвастливостью при малом сознании болезни, полетом (скачкой) идей [19], переоценкой собственной личности, усиленной работой воображения и склонностью к фантазиям со «случайными выдумками», игрой, шутками [5, 6, 18], «высокими духовными чувствами» с «восторженным трепетом», вдохновением, близким к экстазу [19]. Масштабность идей величия однозначно соотносилась с интенсивностью маниакального аффекта [3, 5]. При наличии маниакального аффекта

© А.В. Соколов, 2012

e-mail: ddt72006@yandex.ru

Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2012;112:2:18

идеи величия часто сочетаются с параноидным состоянием с галлюцинациями и идеями преследования [18], псевдогаллюцинациями, двигательными (кататоническими) расстройствами [19], идеями воздействия, как, например, при параноидных состояниях и системной парафрении Крепелина [18], психозах страха-счастья и аффективной парафрении К. Леонгарда [19], где бредовые расстройства только сопровождаются аффективными и являются проявлением других отдельных неаффективных заболеваний.

Таким образом, сходные с маниакальными бредовые проявления в структуре психоза выделялись не по механизмам бредообразования, а лишь по сходному с маниакальным содержанию бредовых идей — бреда величия. К сожалению, психопатологическому анализу бреда преувеличенной самооценки в структуре маниакально-бредовых состояний посвящены лишь единичные работы, в основном отечественных авторов. Так, при описании разновидностей острых парафренных состояний при шизофрении [9, 10], острого синдрома Кандинского—Клерамбо [2, 13], бреда воображения [1] выделялись их разновидности с фантастически-парафренным содержанием бреда, которые формировались только при участии маниакального аффекта. А.С. Тиганов [11] при разработке типологии маниакальных состояний при шизофрении выделял маниакальные состояния с развитием острого чувственного и острого фантастического бреда, где впервые установил взаимосвязь масштабности бредовых идеи и переоценки собственной личности, доходящих до идей величия и парафренных, с видоизменением характера маниакального аффекта от повышенного настроения до экстатического, патетики и экзальтации.

В зарубежных руководствах по аффективной патологии изложение проблемы диагностики маниакальных бредовых расстройств носит чисто описательный характер, основанный на психометрических критериях оценки этих состояний, приведенных в DSM-IV и МКБ-10, согласно которым мании с бредовыми расстройствами без их психопатологической дифференциации и учета механизмов бредообразования помещены в рубрики аффективных расстройств, соответствующих «мании с психотическими симптомами» (по МКБ-10 F30.2). Указывается, что в тяжелых случаях могут развиваться как бред преследования, так и бредовые идеи величия или знатного происхождения, которые могут быть конгруэнтными или неконгруэнтными (аффективно-нейтральными) настроению. При этом специфические для шизофрении симптомы из рубрики F20 предлагается оценивать как неконгруэнтные настроению, т.е. эти критерии предполагают оценку бредовых расстройств лишь по их содержанию, без учета механизмов формирования. Поэтому, в ряде авторитетных зарубежных исследований [15, 23] дифференциация маниакального бреда строится строго с привлечением критериев диагностики по DSM-IV и при соответствии бредовых расстройств в рамках маниакального состояния критериям отнесения к шизофрении, в этих случаях категорично утверждается, что диагноз больному должен быть поставлен в рамках шизоаффективного расстройства, а не аффективного заболевания.

Такой механистический подход к психопатологической дифференциации маниакальных бредовых расстройств, с акцентом на анализ только их содержания и его соответствия полюсу маниакального аффекта затрудняет решение вопросов прогноза маниакально-бредовых состояний и их нозологической оценки. Здесь уместно сослаться на положение А.В. Снежневского [8], согласно которому «содержание бреда приобретает значение лишь внутри каждой его самостоятельной формы, в единстве с видом расстройства сознания — преимущественно рациональным или чувственным».

В данной работе была поставлена задача психопатологического анализа бредовых идей с фабулой преувеличенной самооценки, формирующихся в картине маниакальных состояний как составляющая часть единого маниакально-бредового синдрома.

Материал и методы

Обследовали 40 больных с аффективным психозом и приступообразной шизофренией (рекуррентной, шубообразной и шизоаффективным вариантом) (по МКБ-10 F31.2, F 20.x1-3). Возраст больных к моменту обследования был от 19 до 46 лет (средний — 28,1 года). В динамике заболевания у всех больных имели место маниакально-бредовые состояния, в картине которых фабула бредовых расстройств содержала преувеличенную самооценку больных разной степени выраженности.

Обследование проводилось клинико-психопатологическим методом. При квалификации исследуемых расстройств мы ориентировались на критерии клинической психопатологии, изложенные в современных отечественных руководствах по психиатрии [7, 8, 12].

Результаты и обсуждение

При дифференциации бредовых идей принималась во внимание степень конгруэнтности (соответствия) исследуемого бреда маниакальному аффекту как по содержанию, так и механизмам бредообразования изучаемых бредовых идей, а также учитывались особенности маниакального аффекта, доминирующие в картине маниакально-бредовых состояний.

По указанным критериям было описано 3 типа бредовых идей.

При ***1-м типе*** (12 больных) бредовые идеи завышенной самооценки выступали как симптом самого аффективного (маниакального) состояния, они были конгруэнтны маниакальному аффекту по содержанию и формировались по механизмам аффективного бреда. Бредообразование при данном типе маниакально-бредовых состояний шло по пути патологического преувеличения и видоизменения до бредового уровня симптомов собственно маниакального состояния как наиболее присущих его психопатологической классической характеристике, а именно: включали симптомы завышенной самооценки, убеждения в собственных необычных профессиональных способностях, хвастливости и выступали в виде идей особых экстрасенсорных свойств, таланта психолога, владения даром целительства, способности предвидения исхода событий, обладания особой женской красотой, обаянием и привлекательностью, сексуальной одаренностью, выделяющих больного среди его окружения, психологического дара видеть и правильно решать проблемы людей, предвидеть исход событий, выдающейся талантливости, способности излечивать больных, влюблять в себя всех окружающих мужчин и др.

Основной характеристикой маниакального состояния, в картине которого развивались бредовые идеи преувеличенной самооценки 1-го типа, были повышенная активность в поведении и выраженное идеаторное ускорение вплоть до «скачки идей», которые довлели над проявлениями собственно тимического компонента маниакальной триады. Повышенная активность касалась появления усиленной деятельности больного, изменения его привычных планов, появления новых занятий и увлечений, постулирования своих особых качеств. При этом активность больных не соответствовала их социальному статусу, профессии, образовательному уровню, воспринималась как неадекватная их окружению. Она осуществлялась ими непоколебимо, без учета риска и попытки коррекции, без дополнительной интерпретации, но чаще на уровне популярных знаний. Характерные для маниакального состояния свойство переоценки собственных возможностей и хвастовство выливались в неадекватно завышенную самооценку своих способностей, которая преподносилась с уверенностью как доминирующая идея, которой больные были охвачены, следовали ей неуклонно, вопреки мнению окружающих. Больные ощущали в себе необычные способности, появление незаурядных талантов, говорили о своих экстрасенсорных способностях, таланте общения с детьми, способности «познания тайны поведения» окружающих людей, свойстве прорицания событий, возможности предвидеть их исход и определить будущие события, заявляли об особом профессиональном даре (хирурга), возможности влияния на ход медицинских операций и их исход, называли себя «генератором идей», «великими врачевателями», видели в себе особые способности целительства, диагностирования и лечения любых болезней. Несмотря на явно преувеличенную оценку своих способностей, тематика этих идей была достаточно приземленной, отражала реально бытующие в их социальной среде конкретные культуральные представления. Переживания собственной необычной значимости исходили из внутреннего убеждения больных, сопровождались оптимистически-непробиваемой уверенностью в правоте своих завышенных по самооценке заявлений и доходили не только до уровня сверхценных идей, но принимали характер бредовых, становились доминирующими в поведении больных и определяли их поступки, поведение: больные легко принимались «лечить» окружающих, исправлять их психологические проблемы, легко заводили и меняли сексуальных партнеров. Здесь налицо были сформулированные К. Ясперсом [16] признаки бредовой идеи как патологически фальсифицированного суждения — исключительная субъективная убежденность, не поддающаяся коррекции и разубеждению, невозможность ее содержания в действительности.

Характерно, что содержание бредовых идей касалось бредовой оценки собственной личности больного, его духовной (психической) составляющей и никоим образом не вытекало из придания бредового значения окружающим больного событиям, явлениям, поведению других лиц. Бредовая завышенная оценка собственного «я» тем не менее не существовала сама по себе, изолированно от окружающего мира, была активно направлена на окружающих. При этом бредовой деперсонализации своего «я» не происходило, бредовые идеи касались оценки лишь способностей больного, не меняя идентификации его персоны.

Бредовое представление о собственном необычном даре больные считали неотъемлемым свойством своего «я», которое становилось понятным им только сейчас как данность, оно было аффективно насыщено, воспринималось с оптимистическим самоощущением, воодушевлением, альтруистическим чувством направленности своих «особых способностей» на пользу людям.

Второй особенностью бредовых идей 1-го типа было их формирование в результате внутренней усиленной идеаторной деятельности, а не нарушения чувственного восприятия окружающего; они формировались как патологически представленная до бредового уровня идеаторная деятельность и во многом напоминали бред воображения в его интеллектуальном и эмоциональном вариантах, описанных М.В. Варавиковой [1], или близкий к паранойе парафренный бред, описанный Б.В. Соколовой [9]. Однако в отличие от бреда воображения они не содержали персекуторных идей, идей воздействия, элементов галлюцинаций воображения, псевдогаллюцинаций, развернутых конфабуляторных феноменов, не было образности и чувственности переживаний, вторичных интерпретаций и ретроспективной оценки событий. Напротив, в бредовых высказываниях больных «господствовали альтруистические, а не эгоистические» установки [19] и свойственная маниакальному состоянию неспособность испытывать неприятности («негативная составляющая маниакального состояния») [13]. Однако содержание усиленной интеллектуальной деятельности, свойственной маниакальному аффекту у больных 1-го типа, не обнаруживало склонности к абстрактно-теоретическим построениям, а носило конкретный, обыденный, приземленный характер, было лишено грандиозности, фантастичности. Лишь иногда обнаруживались нестойкие тенденции к масштабности бредовых переживаний с «расширением круга лиц и пространства» [19], касающихся проявления их завышенных способностей (во всем городе, в округе, в стране, реже — в мире): больные заявляли, что «самые красивые в мире», «самые талантливые», но столь же легко и бездумно отказывались от этих заявлений. Сами бредовые идеи 1-го типа были лишены логического выведения из реальных фактов. Идея возникшего замысла (бредовая идея) была тесно связана с интенсивностью маниакального аффекта, не подвергалась обдумыванию, анализу, планированию его осуществления и воплощения в жизнь, «не прорабатывался ее исход» [14]. Они, как правило, были монотематичны, возникали как непоколебимое знание правильности своего бредового представления с неподдающейся коррекции уверенностью в его истинности.

Иногда бредовые идеи преувеличенной самооценки сопровождались соответствующей (конгруэнтной) маниакальному аффекту уверенностью больных в признании окружающими их необычного дара, которые больные излагали априорно, а не путем интерпретаций деталей поведения окружающих лиц. Активным началом в усвоении бредовой истины всегда оставались сами больные.

2-й тип бреда преувеличенной самооценки в картине маниакально-бредовых состояний (6 больных), будучи конгруэнтным маниакальному аффекту по содержанию, формировался по смешанным механизмам бредообразования, с усложнением маниакального аффекта острым чувственным бредом с доминированием бреда восприятия, инконгруэнтным аффекту. В картине маниакального

аффекта, с которого начинался данный тип маниакально-бредовых расстройств, как и при 1-м типе, значительное место занимали симптомы преувеличенной самооценки, которые практически одновременно с развитием маниакального аффекта приобретали бредовой уровень и формировались по механизмам аффективного бредообразования, т.е. выступали на этом этапе как один из симптомов маниакального состояния. Бредовые идеи в картине бредовой мании поначалу имели конкретное, обращенное к реальности содержание и сопровождались повышенной идеаторной активностью больных (идеи наделенности особыми талантами, любовной привлекательности, небывалой внешней красоты).

При нарастании маниакального аффекта в состоянии больных усиливалось идеаторное возбуждение, пропадал сон, они становились многоречивыми. Происходило усложнение расстройств в картине бредового маниакального состояния. Больные начинали высказывать отдельные идеи отношения, как правило, благожелательного характера, касающиеся положительной оценки неординарных способностей больных, подтверждающие правомерность их завышенной самооценки, угадывали претензии на поиск любовной связи с ними. Подтверждение этому больные находили в особом поведении окружающих лиц, их разговорах, намеках, принимающих характер бредового значения в их оценке.

Дальнейшее усложнение расстройств включало формирование острого чувственного бреда по типу бреда восприятия с усилением масштабности бредовых переживаний вплоть до их фантастического видоизменения. На фоне маниакальной экзальтации, ощущения прилива сил, радости тематика завышенной самооценки сохранялась, но фабула становилась более политематичной, достигала более глобальных размеров, степени идей величия, всеобщего признания их выдающихся способностей и необыкновенных личностных качеств.

Симптомы бредового маниакального состояния усложнялись проявлениями бреда воображения и бредового восприятия по К. Ясперсу [16], включая формирование доминирующего бреда инсценировки, с симптомами ложных узнаваний антагонистического бреда «с прямым переживанием смысла событий» и формированием острого бреда величия.

В зависимости от доминирования в структуре маниакально-бредового состояния 2-го типа отдельных составляющих бреда восприятия формирование их происходило двумя путями. В одних случаях преобладающим структурным элементом острого чувственного бреда был бред инсценировки и ложных узнаваний, а формирование бреда завышенной самооценки шло в направлении развития острого бреда величия.

При становлении маниакально-бредового состояния 2-го типа формирование острого чувственного бреда в виде бредового восприятия с картиной бреда инсценировки происходило одновременно (параллельно) с нарастанием тяжести маниакального аффекта и видоизменением его проявлений. В поведении больных нарастала сумбурность, скачка идей с ощущением повышенного интереса к собственной персоне, нарастанием активности в поведении и безграничной работоспособности (с ощущением, что «может свернуть горы»), твердой уверенностью в своей большой внутренней силе и правильности своей деятельности. На фоне нарастающей бессонницы больные испытывали радость, блаженство.

Явления гиперметаморфозы приводили к немедленному переходу к действиям в соответствии с фабулой бреда преувеличенной самооценки и осознанием своих недюжинных возможностей — выступить в роли кинодивы, «своим выдающимся примером» исправить грехи своих дедов и отцов, «показать миру искусств как работают «звезды», проявить карьеру самого талантливого хирурга округа, осуществить «талант администратора города» и исправить ошибки предшественника и др. Формирование острого чувственного бреда по типу бреда восприятия происходило здесь при доминирующем участии бреда инсценировки. Его содержание быстро приобретало масштабный характер с оттенком громадности. Однако несмотря на фантастичность содержания, размах переживаемых событий и их локализация сохраняли реальный характер — в пределах города, в крайнем случае — страны. Парафренного видоизменения бреда с бредовой деперсонализацией не наблюдалось. Бредовая завышенная самооценка осуществлялась без бредового изменения восприятия своей личности. Оставаясь самими собой, больные переживали участие в «ради них задуманном» «эксперименте», киносъемке, цирковом представлении, причиной которых выступали «необыкновенные» и выдающиеся личностные и умственные свойства больного, актерский талант «звезды» и др. — т.е. проявления бредовой преувеличенной самооценки больных, определяющей бредовое поведение больных в «инсценируемой» бредовой ситуации. Значительное место в психотических переживаниях занимали ложные узнавания, бред символического значения.

С развитием бреда восприятия постепенно утрачивалась прямая фабульная связь с начальными маниакальными бредовыми идеями, которые преобразовывались в отчетливый фантастический бред величия больного. В проявлениях бреда инсценировки больной оказывался в центре бредовых событий. В их восприятии все происходило из-за них, ради них и было направлено на поддержку желаний и воли больного в соответствии с бредовыми представлениями больного о завышенной до идей величия оценке своей персоны и ее выдающейся роли в происходящей ситуации, обусловленной переживаемым больным бредом инсценировки.

В других случаях нарастал полиморфизм бредовых расстройств. В картине бреда восприятия с доминирующим бредом инсценировки значительное место занимал антагонистический бред и наглядно-образный бред воображения с формированием острого фантастического бреда собственного возвеличивания. Симптомы острого фантастического бреда сопровождались ощущением мистического проникновения в смысл происходящего, магическим мышлением с умением повелевать событиями по собственному усмотрению. Бред инсценировки сопровождался отдельными идеями благожелательного воздействия, над которыми доминировал ассоциативный автоматизм («открытость мыслей»). На высоте маниакального аффекта появлялся оттенок экстаза, больные переживали ситуацию ведущейся ради них киносъемки, они выступали главной «звездой» и героиней снимающегося кинофильма или готовили для интернета послание ко всему человечеству с благодарностью Всевышнему «за счастье существования». В ряде случаев при нарастании двига-

тельного беспокойства явления интерметаморфозы быстро приобретали калейдоскопический характер — «как в опере», «как в цирке», «как в кино», становились на высоте фрагментарными, с нарастанием сценоподобности в восприятии окружающего, с более обозначенными признаками наглядно-образного бреда воображения вплоть до состояния ориентированного онейроида.

3-й тип бредовых идей с фабулой преувеличенной самооценки в картине маниакально-бредового состояния (22 больных) формировался в структуре острого парафренного синдрома и развивался по механизмам острого параноидного бреда (острого синдрома Кандинского—Клерамбо). Бред преувеличенной самооценки был конгруэнтен маниакальному аффекту по содержанию, но по механизмам бредообразования не соответствовал ему. В дебюте маниакально-бредовых состояний 3-го типа проявления собственно маниакальных расстройств не содержали симптомов завышенной самооценки. Маниакальное состояние определялось как психопатоподобное и протекало с симптомами повышенной раздражительности, конфликтностью с окружающими, заостренной оппозицией к общепринятым нормам поведения, расторможением влечений с беспорядочными, неконтролируемыми и случайными сексуальными связями, со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Поведение больных сопровождалось оптимизмом в оценке своего самочувствия. При усилении маниакального аффекта нарастали идеомоторное возбуждение, неусидчивость, речевой напор с многоговорением вплоть до бессвязности и агрессивность в поведении. Как обязательный признак выступали нарушения сна вплоть до полной его утраты. На таком фоне возникало тревожное напряжение, состояние усложнялось несистематизированными бредовыми идеями персекуторного характера — неблагожелательного отношения, эротического домогательства, любовного и сексуального притязания, с убежденностью в «очевидном», еще неясном бредовом значении поведения окружающих («намеками, «неспроста» и т.д.). Мотивом поведения окружающих больные чаще называли ревность с сознанием особой исключительности, выделяющую их среди обычного окружения, — это обладание особой красотой, «правильный» образ жизни, сексуальная одаренность, способность предсказывать будущее, умение талантливо лечить людей. Преследователи руководствовались завистливым желанием навредить, развенчать успехи больного, воспользоваться их способностями, добиться удовольствия от сексуального контакта с больным и др. A. Marneros [23] рассматривал подобные бредовые идеи преследования и отношения как характерные для маниакального бреда, если они были источником завышенной самооценки маниакальных больных.

Дальнейшее развитие психоза происходило при изменении характера маниакального аффекта. К неоправданно завышенному комфортному самоощущению присоединялся аффект некоторой патетики с переживанием необыкновенного счастья, нарастало психомоторное возбуждение. Почти в $^1/_3$ наблюдений в картине бредового персекуторного компонента наблюдались отдельные симптомы неразвернутого бреда восприятия, инсценировки и антагонистического бреда двойников. Персекуторный бред усложнялся до проявлений острого синдрома Кандинского—Клерамбо (иногда в псевдогаллюцинаторном варианте) с парафренным видоизменением, которое уже определяло состояние больных как маниакально-парафренное, и развивался по закономерностям острой парафрении, с признаками всех трех вариантов, описанных Н.В. Субботской [10]. Формировался острый бред величия с фантастической окраской содержания грандиозных масштабов.

Идеи преувеличенной самооценки, которые впервые появлялись в интерпретации мотивов изначальных персекуторных идей, преподносились больными как само собой разумеющаяся данность, с беспрекословной уверенностью, без намека на систематизацию. Они выступали не как вытекающие из симптомов самого маниакального состояния, а как составляющая неконгруэнтного маниакальному аффекту персекуторного бреда, хотя и были соответствующими (конгруэнтными) по содержанию маниакальному аффекту, но являлись содержательной характеристикой бреда преследования, т.е. результатом иного, чем аффективный, бредообразования, острого параноидного (острый синдром Кандинского—Клерамбо) и его последующего парафренно-конфабуляторного видоизменения.

Бред преувеличенной самооценки, первоначально выступающий как мотив персекуторных идей, становился ведущим в бредовых построениях. Дальнейшее развитие получала не персекуторная фабула, а бредовая преувеличенная самооценка, бред величия, который становился доминирующим в бредовых переживаниях. У этих больных парафренные бредовые идеи формировались при одновременном участии идей воздействия, тоже отражающих сквозную тематическую линию особой преувеличенной самооценки пациентов. Она сопровождалась присоединением к доминирующему ассоциативному автоматизму массивного сенсорного автоматизма главным образом в сексуальной сфере (поклонники воздействуют на половые органы, вызывают переживание полового акта, чувство теплоты внизу живота «в знак любовного томления», с ощущением интимной близости и др.). Экспансивные идеи любовного домогательства обнаруживали тенденцию к постепенному расширению: как исходящие от конкретных лиц они становились более глобальными, исходили от все большего числа знатных лиц, становились все более фантастичными и сливались с парафренными идеями собственного могущества в эротической сфере и с бредовой депресонализацией (больные называли себя «невестой Бога», говорили о собственном эротическом даре в масштабах всего человечества).

В ряде случаев психический автоматизм вырастал до тотального, вплоть до бреда овладения с появлением идей парафренного содержания — особой эротической миссии на Земле, иного (но знатного) происхождения, особого эротического предназначения и детородной функции для всего человечества и др. Больные отождествляли себя с «невестой Бога», «девой Марией», «Богородицей», т.е. бредовые идеи величия приобретали все более масштабный, грандиозный характер, сопровождаясь бредовой деперсонализацией и усложнялись бредовыми конфабуляторными построениями с привлечением ретроспективных бредовых воспоминаний: они «вспоминали», что ведут свой род от Екатерины Великой, должны продолжить ее царствование в качестве царицы следующего поколения, что в «прошлой жизни» царствовали как Клеопатра, унаследовали их эротический дар и теперь «ответственны за продолжение и судьбу рода человеческого».

Таким образом, особенностью формирования бредовых идей в динамике маниакально-бредового состояния 3-го типа было «перемещение» бредовой оценки из внешнего окружения больного (бред восприятия) на бредовую оценку своего «я», которая становится доминирующей в бредовых построениях больного. Идеи преувеличенной самооценки, принимая и более масштабный характер, сопровождались расширением круга участвующих лиц, из конкретных, реально вытекающих из бытовой и культуральной ситуаций, окружающих больного, они видоизменялись в несоответствующие реальной действительности и предшествующему опыту больного, становились все более абстрагированными от них, фантастичными и абсурдными — больные заявляли, что они «наместники Бога», что они «больше, чем Бог», что общаются с высшим разумом.

У большинства больных (14 наблюдений) формирование острого парафренно-конфабуляторного состояния 3-го типа в картине маниакально-бредового синдрома происходило по сходным закономерностям, но с меньшим участием идеаторных механизмов и большим удельным весом в бредообразовании острого чувственного бреда и бреда воображения. Уже в картине психопатоподобной мании в состоянии этих больных на фоне нарастающей инсомнии усиливалась взбудораженность, больные испытывали необыкновенный прилив сил, ощущение восторга, нередко — счастья, в поведении появлялись элементы экзальтации, патетики. При развитии параноидного психоза, усложняющего маниакальный аффект, мотив преувеличенной самооценки в обосновании персекуторных идей имел тенденцию к масштабности переживаний, сопровождался изначально указанием на «необычность» отношения как к «особо значимой особе», восприятием больного «гением», «особенным человеком». Идеи отношения выступали в тесной связи с приданием бредового символического значения поведению окружающих и его особого смысла («знаки», «совпадения»), симптомами инсценировки («подстроенность» ситуации, идет «цирк», играют «непонятную роль»), значительное место занимали проявления антагонистического бреда. Почти одновременно больные начинали ощущать себя в центре борющихся за него противоположных сил за особое расположение больного, появлялось осознание собственного могущества, наделенности особой силой. При развитии психоза сохранялась тематическая связь с фабулой преувеличенной самооценки больных.

Бредовые идеи воздействия в картине бреда 3-го типа исходили не извне как персекуторные, а от самого больного, выступая в виде магического мышления и формировались в «активном варианте» синдрома психического автоматизма. Больные сами оказывали телепатическое, психологическое воздействие на окружающих, «повелевали» их чувствами, поведением, мыслями, с угадыванием мыслей, намерений (симптом магического мышления). Больные ощущали себя «на одной волне» с окружающими. Затем их «влияние» принимало мегаломанический характер — управление государством, всеми событиями в мире, природой, законами мироздания, движением планет во Вселенной, наделенность божественной силой, способностью оживлять людей и др.

При формировании острого парафренного бреда могли развиваться массивные ассоциативные автоматизмы с абсолютной «открытостью» собственных мыслей («все воспринимают мои мысли»), нередко псевдогаллюцинаторного характера (Бог «вкладывает» мысли, высшие силы разговаривают через телевидение) и сочеталось с магическим мышлением. Наряду с этим значительное место в состоянии занимали сценоподобные автоматизмы в виде близких к явлениям ониризма — так называемые «показываемые» «вещие сны», возникающие с характером непроизвольности, навязчивости, сделанности, гипнопомпические и гипнагогические галлюцинации, в том числе по типу иллюзий Мюллера—Лиера, которые многие исследователи расценивали как обманы восприятия [8] (больные находились в космосе при закрытых глазах, видели себя среди планет, среди умерших в раю, в аду им «показывали» умерших родственников, которых они должны были воскресить согласно возложенной на них миссии).

Больные говорили, что воспринимают события «внутренним взором», «шестым чувством», «духовным оком», высказывали идеи одержимости и овладения («кто-то внутри управляет», «внутри Бог»). Развитие парафренных идей носило не только фантастический характер, но и все более абсурдный, они потоком наматывались одна на другую, отражая содержание мегаломанического величия и почти сразу же подвергались конфабуляторной разработке. Доминировала фабула бреда особой миссии («спасти мир», «воскресить умерших», составить «послание ко всему человечеству», «родить ребенка — индиго», которому предназначено «запустить мир на новую ступень развития»), бреда царственного или неизменно знатного происхождения (заявляли, что они заново родились как потомки царской семьи или, что их родители — сам Бог, Авиценна, Билл Гейтс, Есенин и др.).

В связи с конфабуляторными идеями о своей особой миссии и предназначении на Земле больные «фальсифицировали» данные своей биографии, добивались официального изменения имени, фамилии «на соответствующие» их бредовым представлениям. Формирование конфабуляторных идей строилось с участием бредовых идей воображения, преимущественно наглядно-образного типа [1].

Бредовые конфабуляции преподносились по типу «воспоминания забытого» при остром бреде воображения, который В.М. Морозов [4] описывал как идентичный острому конфабуляторному бреду с элементами острого чувственного бреда и психическими автоматизмами.

Представленная нами типология бредовых идей преувеличенной самооценки в картине маниакально-бредовых состояний показывает, что, несмотря на соответствие (конгруэнтность) содержания бреда маниакальному аффекту во всех трех описанных типах бредовых расстройств, одни из них выступают как симптом данного аффективного состояния и патокинетически связаны с ним (1-й тип), а другие формируются по иным закономерностям бредообразования и могут рассматриваться как усложняющие маниакальное состояние бредовые расстройства, создавая картину сложного маниакально-бредового синдрома (2-й и 3-й типы).

Установлено, что психопатологические проявления наиболее характерных для маниакального аффекта бредовых идей величия, конгруэнтных по содержанию маниакальному полюсу расстройств при всех трех описанных типах, различны по механизмам формирования, что имеет доминирующее значение при психопатологической дифференциации маниакально-бредовых эндогенных со-

стояний. Разработанная типология бреда преувеличенной самооценки содержит психопатологические различия, касающиеся не только самой бредовой фабулы, квалификации составляющих бредового компонента синдрома, но и сопряженного с ним маниакального аффекта. Установлено, что по мере перехода от 1-го ко 2-му и далее к 3-му типу нарастает атипичность всех проявлений синдрома по отношению к типичным, аффективным его проявлениям. Наблюдается переход от чисто аффективных механизмов бредообразования к смешанным, включающим аффективное бредообразование в сочетании с механизмами острого чувственного бреда (бред восприятия), и далее вплоть до параноидного бреда с парафренным видоизменением. В проявлениях собственно маниакального аффекта при этом нарастают признаки атипии. Если при 1-м типе проявления маниакальной триады характеризовались относительно гармоничной представленностью с доминированием идеаторного возбуждения и двигательной активности, то при 2-м типе наблюдается видоизменение типичного маниакального аффекта с появлением как основного его проявления оттенка экзальтации, радости, счастья, особенно в преддверии развития острого чувственного бреда, а при 3-м типе маниакальный аффект наиболее атипичен, носит психопатоподобный характер с конфликтностью, расторможением влечений и патокинетически не связан с параноидно-парафренным бредообразованием.

Сам бред преувеличенной самооценки различается особенностями бредообразования всех выделенных его типов и соответственно представлен аффективными механизмами, смешанными с усложнением бредом восприятия и независимым от маниакального аффекта и аффективных механизмов развития бреда параноидным бредообразованием.

Соответственно сама фабула бреда преувеличенной самооценки обнаруживает разную степень его масштабности, выраженную в его содержательной характеристике — от конкретно-бытовой переоценки собственных личностных качеств (при 1-м типе) до идей величия, в том числе с фантастическим содержанием (при 2-м типе), и до мегаломанических идей особой миссии, могущества, знатного происхождения. При этом при первых двух типах бредовых идей деперсонализации не обнаруживалось, при 3-м типе бредовая деперсонализация является неизменной составляющей структуры парафренно-конфабуляторного синдрома.

Представленная в работе типология бреда преувеличенной самооценки, основанная на психопатологических характеристиках собственно маниакального аффекта и бредовых расстройств, выступающих во взаимосвязи друг с другом в каждом из разработанных типов, несет разную диагностическую информацию о состоянии больных и, следовательно, имеет разную прогностическую значимость. Она показывает диагностическую важность квалификации психопатологической структуры бредовых расстройств при их сходной направленности в содержании бреда и акцентирует внимание на необходимости исследования характера бредообразования при каждой из форм бреда, поскольку, как указывал А.В. Снежневский [8], «классификация бреда по содержанию не способна отразить всего его своеобразия и, следовательно, не может предоставить возможности для суждения об особенностях психического расстройства, свойственного каждой форме бреда».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Варавикова М.В.* Состояния с бредом воображения при приступообразной шизофрении. Синапс. М 1993; 4: 51—56.
2. *Дикая В.И.* Клинико-психопатологические разновидности острого синдрома Кандинского—Клерамбо при шизофрении. Журнал невропатол и психиат 1985; 85: 8: 1200—1206.
3. *Лукомский И.И.* Маниакально-депрессивный психоз. Издание 2-е, дополненное. М: Медицина 1968; 160.
4. *Морозов В.М.* К вопросу о бреде воображения. Избранные труды. М: Медиа-Медика 2007; II: 105—106.
5. *Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н.* Аффективные психозы. Л: Медицина 1988; 4: 136—156.
6. *Осипов В.П.* Руководство по психиатрии. М—Л: Госиздат 1931; 12—75.
7. Психиатрия: Национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М: ГЕОТАР-Медиа 2009; 306—330.
8. *Снежневский А.В.* Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. Т. 1. Ч. 1. Глава 1. М 1983; 16—80.
9. *Соколова Б.В.* Острые парафренные состояния при шизофрении с приступообразным течением: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1971; 23.
10. *Субботская Н.В.* Психопатология острых парафренных состояний и их типологические варианты. Психиатрия 2005; 5: 26—31.
11. *Тиганов А.С.* Психопатология и клиника маниакальных состояний при шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1969; 31.
12. *Тиганов А.С.* Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии, 2-е изд. Под ред. А.С. Тиганова. М: Медицина 1999; 1: 27—78.
13. *Циркин С.Ю.* Клинические особенности синдрома Кандинского—Клерамбо при шизофрении и вопросы прогноза. Журн невропатол и психиат 1980; 80: 5: 731—737.
14. *Циркин С.Ю.* Психопатологический анализ аффективно-эмоциональной сферы: маниакальный аффект. Рос психиат журн 2002; 1: 20—23.
15. *Goodwin F.K., Jamison K.R.* Manic-depressive Illness, Bipolar Disorders and recurrent Depression. Oxford university press. 2 Edition 2007; 3: 94—95.
16. *Jaspers K.* Общая психопатология, перевод с немецкого 9-го неизменного издания Springer-Verlag, 1973. М: Практика 1997; 129—145.
17. *Krafft-Ebing R.V.* Учебник психиатрии. 3-е русское издание. Книга 2-я. Петербург: издание К.Л. Риккера 1997; 91—102.
18. *Kraepelin E.* Введение в психиатрическую клинику. Клинические лекции. М 1923; 15—25.
19. *Leonhard K.* Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиологии. Под ред. Г. Бекмана. Перевод с нем. под ред. А.С. Тиганова (издание 2003). М: Практическая медицина 2010; 456.
20. *Mayer H.* Compendium der Neurologie und Psychiatrie. Freiburg, Leipzig: Speyer и Kaerner 1907; 199.
21. *Mayer H.W.* Uber katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Orig 1912; 13 B: 555—610.
22. *Mayer-Gross W., Slater E., Roth M.* Clinical Psychiatrie. London: Cassell and Company Ltd 1960; 211—214.
23. *Marneros A.* Das neue Handbuch der bipolaren und depressiven Erkrankungen. Stuttgart—New York: Thieme Verlag 2004; 781.