

Синдромы подросткового возраста

Федин Илья Александрович
2016 год.

Естественно, что какой-то определенный период жизни человека накладывает отпечаток на весь характер болезни в целом. Тщательное изучение возрастных влияний на формирование начальных проявлений и дальнейшую динамику болезни составляет важнейшую задачу медицины вообще и психиатрии в частности.

(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)

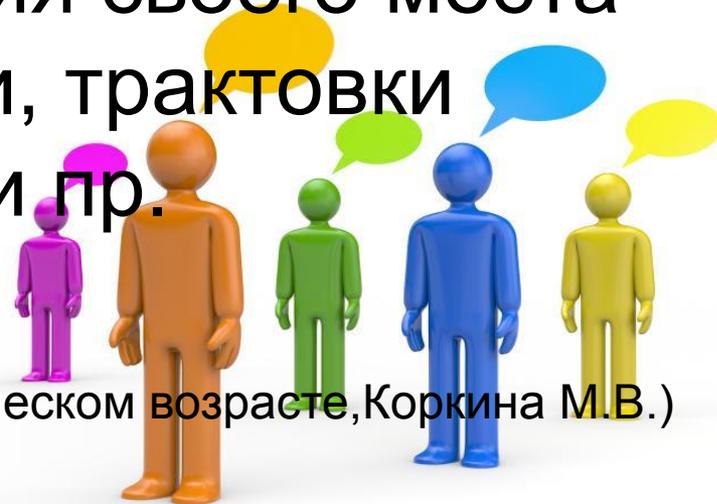
В ряду патологических явлений, характерных преимущественно для подросткового и юношеского периодов жизни, в числе первых надо, вероятно, назвать болезненные переживания, касающиеся своей внешности, ибо данная патология наиболее тесно, интимно связана с особенностями именно этого возраста.

(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)



Будкин Филипп Осипович.
«Девушка перед зеркалом»

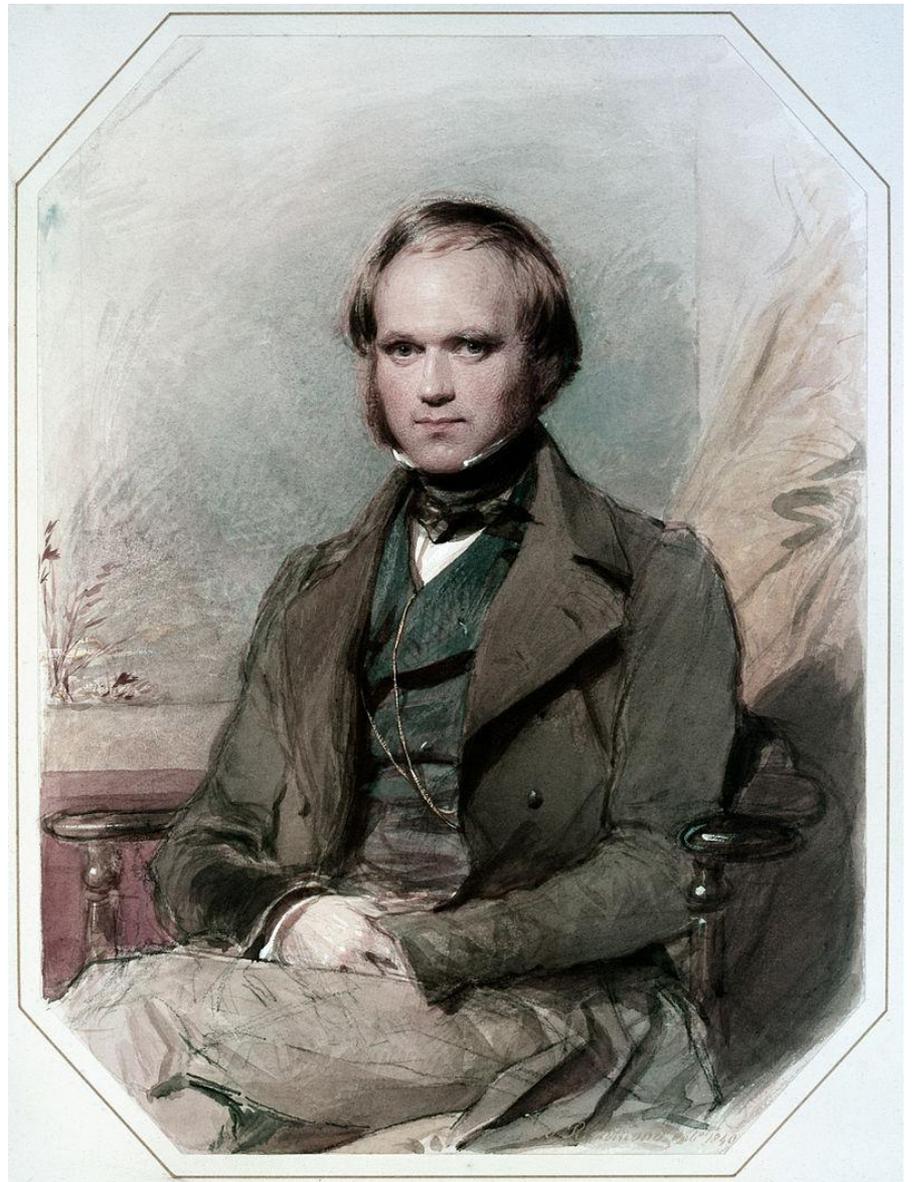
После 12—13 лет происходит, по данным многих авторов, переход от сознания индивидуального к сознанию общественному, что помогает по-новому, на более высоком уровне воспринимать и перерабатывать получаемую информацию, касающуюся, в частности, определения своего места в обществе, самооценки, трактовки своих внешних данных и пр.



(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)

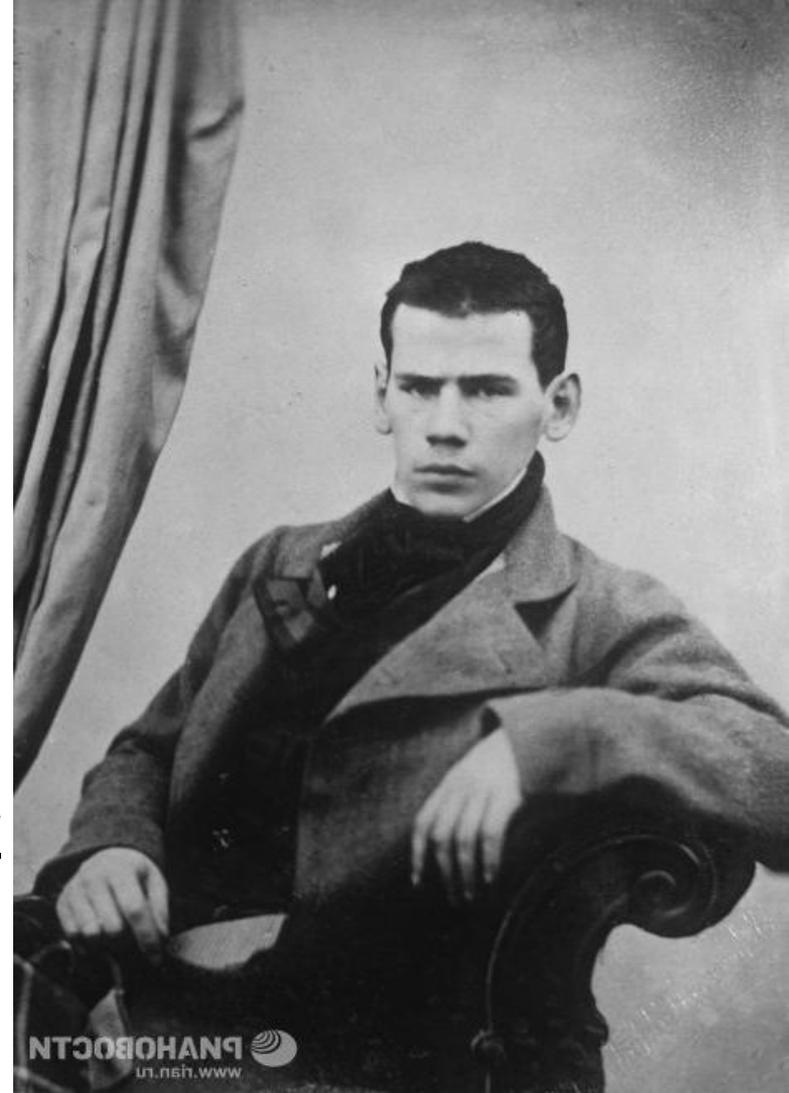
- В своем труде «О выражении ощущений у человека и животных» при объяснении природы таких явлений, как стыд, застенчивость, скромность и покраснение, Чарльз Дарвин писал; **«... люди в течение бесчисленных поколений обращали частое и серьезное внимание на свою наружность и в особенности на лицо»**, подчеркивая в то же время, что эти особенности значительно сильнее выражены у молодых. Кроме того, Ч. Дарвин указывал и на чрезвычайное значение в оценке собственной внешности мнения о ней других людей: **«... мысль о том, что думают о нас другие, вызывает краску на нашем лице»**.

(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)



Ч.Дарвин (Портрет работы Джорджа Ричмонда, 1830-е годы.)

- Свойственное подростковому и юношескому возрасту внимание к своей внешности, чувство недовольства собственной наружностью очень ярко описаны Л. Н. Толстым во второй и третьей книгах его автобиографической трилогии («Отрочество» и «Юность»). В частности, свое состояние в пору отрочества Л. Н. Толстой описывает следующим образом: **«Я был стыдлив от природы, но стыдливость моя еще увеличивалась убеждением в моей уродливости. А я убежден, что ничто не имеет такого разительного влияния на направление человека, как наружность его, и не только самая наружность, сколько убеждение в привлекательности или непривлекательности ее».**



Надо сказать, что недовольство своей внешностью, теми или иными чертами лица или фигуры — **явление, довольно частое среди психически здоровых лиц подросткового и юношеского возраста,** наблюдающееся иногда эпизодически, иногда более или менее перманентно в течение всего отмеченного периода. Но **у здоровых людей эти мысли не занимают доминирующего положения в иерархии ценностей и не определяют все их поведение,** весь их жизненный уклад. В других же случаях убежденность в наличии какого-то физического недостатка может носить характер патологии, нередко очень тяжелой. Такие случаи свойственны преимущественно подростковому и юношескому возрасту (возникновение указанной патологии **не исключено и в любые другие периоды** жизни: препубертатном, молодом, среднем и позднем возрасте).

(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)



Патология эта под названием **«дисморфофобия»** впервые была описана в конце XIX века итальянским психиатром Е. Morselli как навязчивая идея о телесной деформации, как «страх быть измененным» (от лат. dis — приставка, означающая отделение, отрицание, нарушение; греч. morphe — форма и греч. phobos страх; в психиатрии — навязчивое состояние страха).



Prof. Enrico Morselli.

В очень многих исследованиях, посвященных болезненной оценке своей внешности, описывалась патология, весьма отличающаяся от фобий в собственном смысле этого понятия. Именно поэтому, вероятно, могли появиться такие несовместимые по своей сути термины, как «бредовая дисморфофобия», «сверхценная дисморфофобия», «дисморфофобический бред», «дисморфофобическая идея бредового характера» и т. д.



- Среди западноевропейских и особенно американских психиатров довольно широкое распространение имеют **психоаналитические объяснения** происхождения этой патологии.
- Отмечается также тенденция объяснять происхождение дисморфофобии **с позиций психодинамической теории** [Palazzoli, Selvini, 1965, 1967], а также на основе **антропофеноменологической экзистенциальной концепции** [No-to-Campanella F., Zuccoli E, 1968; Giannini G. C., Giannini A., 1975].
- Однако для большинства работ, посвященных дисморфофобии, характерен клинический метод исследования, хотя при этом даются самые различные трактовки как феноменологической сущности патологической убежденности в наличии физического недостатка, так и ее нозологической принадлежности.

- **Дисморфофобия** — навязчивый страх невротического характера (т. е. протекающий на непсихотическом уровне с отсутствием грубых изменений психической деятельности), связанный с якобы имеющимся тем или иным физическим недостатком.
- **Дисморфомания** — болезненная (психотического свойства, чаще всего в виде сверхценной идеи или бреда) убежденность в наличии какого-либо воображаемого или чрезвычайно переоцениваемого физического недостатка, наиболее часто касающаяся видимых частей тела (формы или величины носа, ушей, зубов, размеров рук, ног, туловища и т. д.).

(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)

- Под **дисморфофобией** следует понимать *навязчивый страх* в отношении собственной внешности, строения своего тела или его частей. Нам кажется, что нельзя считать дисморфофобию первой стадией развития дисморфомании. Это совершенно различные феномены, имеющие лишь сходное название.
- **Дисморфомания** — убеждение в наличии дефекта, уродства, аномалии собственного тела или его частей, замечаемые, обсуждаемые и осуждаемые другими людьми. Многие авторы относят к дисморфомании бредовую анорексию, и, на наш взгляд, это вполне оправдано, так как в ее основе лежит убеждение в уродливо излишнем весе и уродливых формах живота, ягодиц, ног, груди и т.д.

(Беккер И.М.

Школа молодого психиатра)

Дисморфомания

по существующей традиции к разбираемым расстройствам относятся, помимо патологической убежденности в наличии мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка, касающейся главным образом видимой части тела, также и болезненные мысли об исходящих от тела неприятных запахах.

(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)



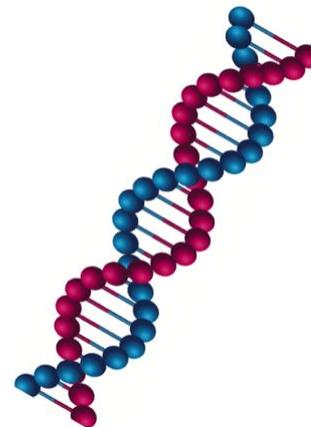
В случае возникновения такой патологии подростки или юноши высказывают убеждение, что у них

- «безобразной формы» нос или рот,
- «идиотски узкий лоб»,
- «малый рост»,
- «ужасная полнота»,
- «отвратительно выпирающие щеки»,
- «красный, как у пьяницы, нос»,
- «уродливые веки»,
- «жирные ягодицы»,
- «маленький» или «кривой» половой член,
- «уродливо тонкие, как спички, ноги»,
- «отвратительно круглое, как луна, лицо» и т. д.

При этом больные или допускают мысль, что подобный «недостаток» **может встречаться и у других людей**, или заявляют, что «уродство» их особенное, «отвратительное», **гораздо хуже, чем то, что может быть у других**. Так, одна больная с убежденностью в уродливости верхних век заявила: «Это гораздо хуже, чем быть горбатой».



- Возникновение «уродства» больные объясняют по-разному. Чаще всего (около 50 % наблюдений) они **винят в этом «судьбу» или родителей:**
- «уж такой несчастный уродился»,
- «так наследственность была закодирована»,
- «родители наградили»,
- «произвели урода»,
- «урод-отец родил урода-сына»,
- «отец с матерью недосмотрели»,
- «раскормили» и т. д.



Реже больные **связывают происхождение «дефекта» с дурными привычками**

- «морщил лоб все время»,
- «глаза щурила»,
- «губы облизывала постоянно»,



С внешними факторами.

- «физическая травма повредила»,
- «климат повлиял»,
- «от жесткой воды кожа испортилась»

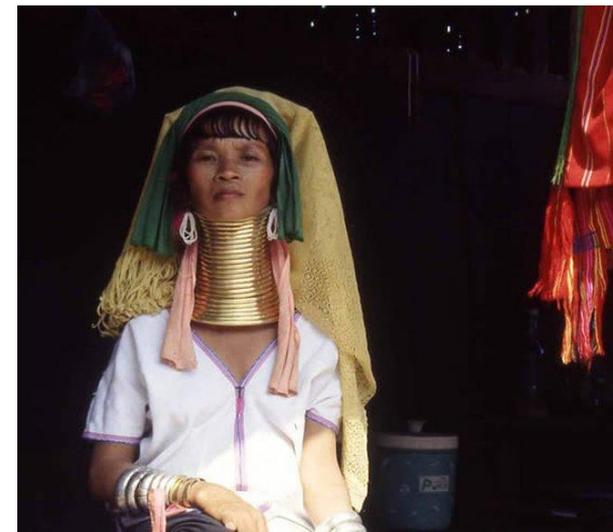
Или с какой-то серьезной болезнью

- «рахит у меня»,
- «тяжелый авитаминоз»,
- «нарушение обмена веществ»,
- «следы сифилиса» и т. д.



Инструменты, приспособления, методы, используемы для коррекции «уродства»

- Специальные корсеты, пояса.
- Медикаменты (например, слабительные)
- технические снаряды для многочасовых упражнений.
- наборы инструментов, специальные стамески.
- Полупружины для шеи
- Бесконечное количество подобных приспособлений.



Несколько ярких примеров:

(Беккер И.М.
Школа молодого психиатра)

1) Одна пациентка работала педагогом. Ей стало казаться, что ученики старших классов обращают излишнее внимание и бросают «красноречивые взгляды» на ее грудь. В течение месяца она изучала перед зеркалом в ванной комнате свою грудь и пришла к неутешительному выводу, что грудь действительно обезобразилась. Тогда она стала использовать изобретенные ею подвески, крючками приподнимающие чашечки лифчика, петлей охватывающие шею.

... Не помогло, ученики стали не только поглядывать на нее, но и шептаться между собой. Она точно не слышала, о чем они шепчутся, но по «ехидным улыбочкам» понимала, что обсуждают изменения ее груди. Вот тогда она и начала хождение по косметическим салонам. Несколько операций желаемого результата, естественно, не принесли. Молочные железы торчали у женщины, как у восьмиклассницы, но она продолжала настаивать на новых операциях. В конце концов, косметологи догадались проконсультировать больную у психиатров...

2) Молодой человек был убежден в уродливости собственных ушей. По его мнению, они были заострены кверху и торчали, как у добермана или дога. В «одеждах» его больной души мы обнаружили прелюбопытный инструмент — маленькое зеркальце стоматолога, которое было вмонтировано в пиджачный карман, где обычно выглядывает кончик носового платочка. В это зеркальце «заднего вида» он наблюдал за реакцией посторонних людей, рассматривающих его уродливые уши...

3) Молодой человек считал себя уродливо высоким. Он действительно был стройным и высоким парнем. Но высокий рост, обычно принимаемый мужчинами и юношами как достоинство, им воспринимался как уродство. Он считал, что окружающие смеются над ним, когда он головой подпирает крышу автобуса. Спокойно и серьезно он поведал нам, как готовится к отпиливанию своих ног, по 10 см с каждой, чтобы довести себя до «нормального роста».

4) Студент медицинского института, будучи маленького роста, имел, по его мнению, маленький половой член, который через одежду рассматривали девушки с факультета, смеялись над ним и шушукались. После нескольких высказанных вслух огорчений на эту тему сокурсницы решили провести своеобразную «психотерапию» — поставили десяток парней и стали «через штаны» определять размеры мужского достоинства сокурсников. Они, видимо, желали сообщить парню утешительные сведения, но он оценил это как насмешку и издевательство и убежал на чердак, где попытался повеситься.

5) Особый вид дисморфомании. Молодой человек в хирургическом отделении лечился по поводу трещины прямой кишки. Зайдя в палату, психиатр обратил внимание на резкий запах мужского одеколона, один флакон которого с пульверизатором стоял на тумбочке, а второй торчал из кармана больничной пижамы. Удивительной оказалась история появления ректальной трещины. Парень постоянно «вколачивал», иначе не скажешь, в задний проход деревянную пробку, которая, по его мнению, должна была предохранять от выделения кишечных газов. После долгих расспросов, с большим нежеланием он поведал, что постоянно замечает реакцию окружающих на его появление в любом помещении. Через пару минут люди начинают кашлять, часто дышать, чихать, подносить руку к носу и рту, поглядывать в его сторону. Сначала «затычка» помогала, но приходилось постепенно увеличивать ее размеры.

Шизофрения

- Впервые синдром дисморфомании (дисморфофобии) в рамках шизофрении описал **E. Kraepelin** (1916)
- в числе первых наблюдений E. Kraepelin сообщает о больном 21 года с «аутичным поведением в юности», который **«последние годы стал уединяться, полагая, что его высмеивают сестры и братья, что его не принимают в обществе из-за некрасивой внешности, не переносил поэтому зеркала в своей комнате».**

Шизофрения

- по данным А. Е. Личко (1979), именно дисморфоманический синдром — наиболее частый при неврозоподобной форме этого заболевания (около 30 %).

Шизофрения

- многолетние наблюдения больных шизофренией с синдромом дисморфомании показали, что к наиболее типичным формам заболевания с этого рода патологией относится **непрерывно-прогредиентная шизофрения (преимущественно с вялым и средне-прогредиентным типом течения), а также приступообразно-прогредиентная шизофрения (с теми же вариантами прогредиентности)**, особенно с преобладанием аффективных приступов. Однако нередок и более злокачественный тип течения процесса.

(Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте, Коркина М.В.)

Шизофрения

Выраженные Диморфоманические расстройства могут быть составной частью различных психопатологических образований:

- **ипохондрической бредовой системы** («нос такой формы, потому что сифилис у меня», «губы безобразно тонкие от белокровия» и т. д.),
- **депрессивно-параноидного или параноидного синдрома** («уродство лучами сделали», «экспериментируют над формой моего тела», «размер головы от чужих мыслей безобразно увеличился» и т. д.).



Шизофрения

Наиболее неблагоприятное течение наблюдается при возникновении синдрома дисморфомании вслед за негативной симптоматикой, а также при наличии политематического характера самих идей физического недостатка, кратковременности, нестойкости и рудиментарности дисморфоманических нарушений, быстром включении их во все более расширяющийся «синдромологический ассортимент».



По результатам эпидемиологического изучения всей популяции больных шизофренией в трех психоневрологических диспансерах г. Москвы [Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Вроно М. Ш., 1980] из 5039 больных у 31,3 % заболевание началось до 18 лет, при этом в возрасте 12—17 лет заболело 23,4 %.



- немаловажно отметить следующее:
специальными исследованиями
[Лебединская К. С., Немировская С. В.,
1973; Немировская С. В., 1977]
отмечено, что имеется определенная
связь возникновения идей
физического недостатка не просто
с пубертатной фазой, а с
дисгармоничностью ее протекания,
с ее биологической дисгармонией.



Дисморфомания и сенестопатии

Свойственна больным шизофренией, в целом еще очень сохранных и не обнаруживающих каких-либо процессуальных изменений, появляющаяся иногда вскоре после возникновения дисморфомании бредовая (и притом уже довольно нелепая) трактовка локальных сенестопатий. (Кстати, об этом больные рассказывают так же, как и о самих идеях физического недостатка, очень неохотно, подчас только после долгих расспросов.)

Так, больной с убежденностью в том, что пушковые волосы на ушах являются «ужасным уродством», буквально осаждавший косметологов с требованием «избавить его от этого ужасного недостатка», затем признался врачу, что он почти постоянно ощущает, как **«волосы пробиваются сквозь кожу толчками и с треском».**



Другая больная с бредом физического недостатка, касающегося «безобразно красного носа», сообщала, что она не только испытывает чувство жжения и жара в носу, но и уверяла, что все это — в связи с **«расширением всех сосудов носа от умственного напряжения»**, **что она «ясно чувствует, как сосудики расширяются»**.



Симптом зеркала.

Симптом зеркала является очень частым феноменом (78 % наблюдаемых больных) при патологической убежденности в наличии какого-то физического недостатка.



Положительный симптом зеркала.

Больные не только много времени уделяют подробному рассматриванию своего «дефекта», но и стараются «подыскивать» наиболее удачное, по их мнению, выражение лица, соответствующую позу или походку, чтобы по возможности скрыть свой мнимый недостаток или сделать его менее заметным.



Так, больной с убежденностью в наличии «безобразно впалых щек» надувал их перед зеркалом; другой больной, считавший, напротив, что у него «уродливо выпирающие» щеки, старался их втягивать.



Многие больные подробно изучают свое лицо еще и для того, чтобы «лучше уяснить себе», какая именно «коррекция» им требуется и как ее лучше осуществить. Обращаясь затем к хирургам, они подчас описывают самым подробным образом, какую складку кожи им следует подрезать, какой именно формы нос сделать и т. д.

Так, больной с убежденностью в наличии «уродливых жирных Щек» слепил из пластилина головку и принес ее «для образца» в Институт косметологии, заявив при этом, что в результате тщательного изучения своего лица в зеркале он «в деталях» знает, какой у него недостаток и как его надо исправить.



Некоторые больные не могут вообще находиться без зеркала, носят его всегда с собой и даже ночью кладут под подушку, а иногда и на работе не расстаются



с ним, как было, например, с больным Ж., по специальности слесарем, который, по заявлению мастера, «все время в одной руке держал инструмент, в другой — зеркало».

Не имея возможности постоянно рассматривать себя в зеркале, многие больные стараются использовать для этого любую сколько-нибудь отражающую поверхность — стекло витрины, книжного шкафа или телефонной будки, никелированную крышку сахарницы, чайник и т. д.



Многие больные специально рассматривают себя при разной погоде, при различном освещении (в пасмурную погоду, в дождь, на солнце, в сумерках, при электрическом освещении различной интенсивности и т. д.), чтобы знать, когда именно их «физический недостаток» наиболее заметен и как им, будучи среди людей, «выгоднее» в зависимости от освещения сесть или встать.



При патологической убежденности в наличии физического уродства мужчины или юноши рассматривают себя в зеркале не реже, а подчас и гораздо более тщательно, чем девушки или женщины.



Вместе с тем следует помнить, что **чрезвычайная склонность больных с синдромом дисморфомании к диссимуляции** распространяется и на симптом зеркала, благодаря чему такие больные чаще всего стараются рассматривать себя украдкой, тайком от окружающих, в те периоды, когда, как они полагают, никто на них не смотрит. Так же неохотно они признаются в этом.

Отрицательный симптом зеркала.



У части больных с патологической убежденностью в наличии физического уродства можно отметить **резко негативное отношение к зеркалу**. Эти больные самым тщательным образом избегают даже мимолетного взгляда в зеркало, чтобы **«не видеть лишний раз свой нос бабы-яги во всей красе»**. Они требуют убрать из дома все зеркала, отворачиваются от любой отражающей поверхности, стараются как можно реже шить или покупать новую одежду, чтобы не было лишнего повода стоять перед зеркалом и «видеть свою образину». Такой отрицательный симптом зеркала, встречаясь и у больных пубертатного и юношеского возраста, все же более характерен для лиц старшего возраста.

Симптом зеркала нуждается в отграничении от так называемого рефлекторного симптома зеркала — стремления к рассматриванию себя в зеркале, которое имеет место у слабоумных больных, пассивно привлекаемых видом зеркальной поверхности, равно как и других блестящих поверхностей. Сюда относится рефлекторный симптом зеркала, описанный П. А. Останковым (1934) у больных с паралитическим слабоумием, симптом зеркала, отмечаемый у больных сенильной деменцией [Knoos H., 1937] или болезнью Альцгеймера [Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., 1960].

Симптом фотографии

Больные, добиваясь косметической операции, как неопровержимое доказательство «уродства» предъявляют собственную фотографию, уверяя, что именно «в статическом виде» их «дефект» гораздо отчетливее выражен и поэтому наиболее заметен.

как я выгляжу в зеркале



как я получаюсь на фото



По этим же мотивам некоторые больные упорно отказываются от фотографирования даже на необходимые документы, «чтобы не запечатлеть своего безобразия», испытывая из-за этого множество неудобств. Так, один больной, несмотря на многочисленные штрафы, все-таки отказывался от получения паспорта в связи с необходимостью фотографироваться; другая больная наклеила на студенческий билет фотографию своей сестры; третья, также из-за страха перед фотографированием, приложила к важному служебному документу уже выцветший снимок многолетней давности.





При невозможности отказаться от фотографирования (например, при групповом фотографировании после окончания школы) больные прибегают к различным уловкам: стараются спрятаться за кем-либо, специально двигаться, чтобы «лицо вышло смазанным», в случае же четкого изображения своего лица замазывают его или вырезают.

Эндореактивная подростковая дисморфомания

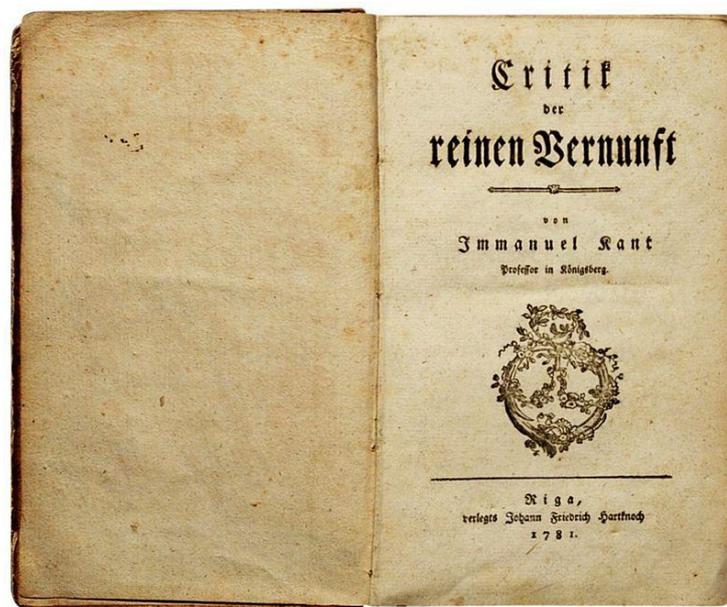
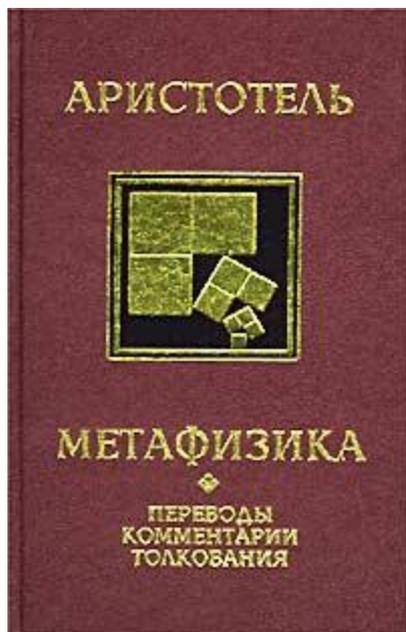
В этом случае, отличаясь стойкостью, дисморфомания вместе с тем не обнаруживает какой-либо прогрессивной динамики, а спустя какое-то время вся симптоматика, постепенно дезактуализируясь, в конце концов полностью исчезает.

Для данной группы психических расстройств характерно столь тесное переплетение психогенных и эндогенных факторов, что «отдать предпочтение одному из них как главной причине болезни не представляется возможным». В таких случаях между психической травматизацией и эндогенными механизмами устанавливается какая-то сопряженная зависимость, нечто вроде «порочного круга» [Личко А. Е., 1979].

Характеризуя дисморфоманию пограничной природы в целом, надо указать на такие ее особенности, как очень тесная смысловая **связь психогенных воздействий с «почвой», значительно меньшая выраженность сенестопатий** (за исключением больных, убежденных в распространении кишечных газов), **отсутствие синтропии с дереализационно-деперсонализационными переживаниями и навязчивостями иного содержания.** Кроме того, дисморфомания у этих больных никогда не возникает по парадоксальному типу, **ее появление происходит по психологически понятным связям.** У больных с пограничными расстройствами гораздо реже появляются симптомы зеркала и фотографии, а бред отношения чаще всего имеет сензитивный характер. Наконец, у этих больных нет такой выраженной социальной дезадаптации, как у больных шизофренией.

Синдром метафизической (философической) интоксикации

- Метафизика (от др.-греч. τὰ μετὰ τὰ φυσικά — «то, что после физики») — раздел философии, занимающийся исследованиями первоначальной природы реальности, мира и бытия как такового.



Hellwald, Anhangsreihe des Menschen 1871
 Hermann Müller } alle Tugenden
 Durmischen }
 Van Hasselt & Fröhlich. (N. Versman)
 Hans Bausel
 Der Wille zur Macht.
 Zahnbuch: Baukhan
 Parnick - in der Höhe
 einer neuen Auslegung
 alles Geistes
 14.
 Kottleben (Dorn Gansstätt)
 in Leipzig
 von Veit & Co
 Friedrich Nietzsche (Lechner)
 - Jahrbuch 6
 Rolle
 Kandelbaum
 Via Nazionale 34. I.

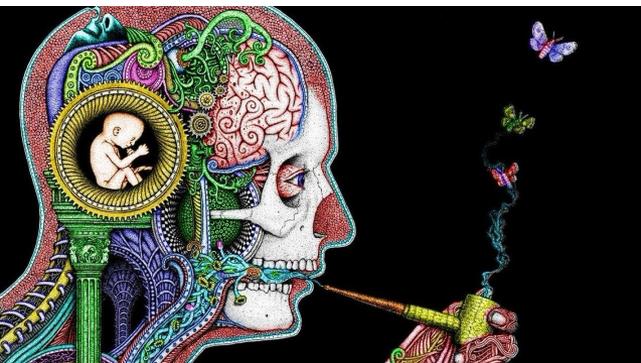
Метафизические вопросы

- Что есть причина причин? Каковы истоки истоков? Каковы начала начал?
- Что есть «непосредственное», «наличное»? Где — буквально или понятийно-топологически — эти начала располагаются? Отчего они не усматриваются «просто», что мешает и мешает ли им что-то быть видимыми «непосредственно», без дополнительных «операций»?
- Каковы требования к «операциям», исполнение которых могло бы гарантировать получение достоверных ответов на эти вопросы? Кто или что вообще ставит эти вопросы (почему эти вопросы вообще существуют?)

Интоксикация

Ведущим симптомом являются непрерывные размышления о философских и социальных проблемах:

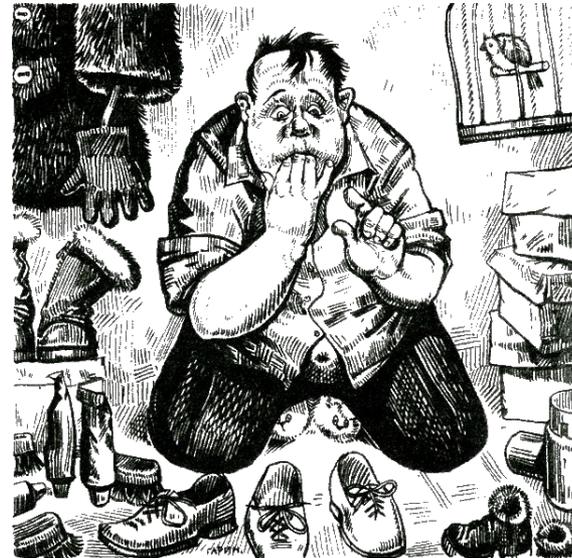
- о смысле жизни и смерти
- о предназначении человечества
- о самосовершенствовании
- об улучшении жизни общества
- о путях устранения опасностей, грозящих людям
- о соотношении мозга и сознания,
- о материи и душе,
- о пятом измерении, о шестом чувстве и т. п.



Федеральное государственное
бюджетное научное учреждение "Научный центр психического
здоровья" (ФГБНУ НЦПЗ)

<http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/11/chapter/21>

- В преморбиде обычно шизоидная или психастеническая акцентуация характера. Синдром формируется постепенно, чаще в старшем подростковом возрасте—16—17 лет.



- Путем раздумий и фантазий подросток «разрабатывает» свои собственные философские принципы, этические нормы, проекты социальных реформ.



- Отличительными признаками подобных «теорий» являются примитивность и отрыв от реальной жизни. Суждения противоречивы, сумбурны, вычурны и порой нелепы, чего сам подросток не замечает.

- Например, 17-летний больной рассуждал о том, что мир на Земле можно установить только путем распространения вегетарианской диеты, так как мясная пища пробуждает в человеке хищника, делает его агрессивным. Все доводы против, вроде того, что вегетарианцем был Гитлер, отвергались, как не имеющие значения.



Сутью метафизической интоксикации являются именно **размышления,** **склонность к мудрствованию,** **тенденция к резонерству.** В отличие от патологических увлечений **активной деятельности здесь нет.** Этим метафизическая интоксикация отличается от внешне сходных патологических увлечений интеллектуально-эстетического типа [Личко А. Е., 1973], где деятельность, а не раздумья, выступает на первый план, хотя она может быть однобокой и непродуктивной.

- Поэтому представляется неправомерным чрезмерное расширение понимания метафизической («философической») интоксикации, как это было сделано Л. Б. Дубницким (1977), включившим в этот синдром идеи изобретательства, когда подростки как одержимые трудятся над мнимыми изобретениями, например, целые дни ставя «химические опыты».

Больные могут читать по интересующей проблеме, даже запоем, но чаще без особого выбора. **Прочитанное толком пересказать не могут, основного смысла в нем не улавливают, выхватывают отдельные случайные детали или цитаты.** Иногда пересказ любой книги сводится к повторению собственных рассуждений.

Активности в распространении своих идей не проявляют, единомышленников не ищут. Пытаются беседовать на излюбленную тему со сверстниками, но не встречая интереса, замыкаются. Вскоре вообще о своих размышлениях начинают говорить только, если о них спрашивают. Иногда пишут нелепые воззвания и расклеивают их в самых неподходящих местах.

Доктор, я случайно прочла собрание сочинений Пруста, "Критику чистого разума" Канта, "Курсе русской истории" Ключевского, 30 томов Достоевского и нашла доказательство гипотезы Хадвигера...



Другая Литература

FESCLUB.RU

Метафизическая интоксикация иногда дополняется обсессиями и фобиями, а также симптомами деперсонализации. Последние проявляются сложно сформулированными жалобами на «утрату единства Я», «неописуемую, измененность души» и т. п. Встречается склонность к навязчивому мудрствованию, особенно к самоанализу [Дубницкий Л. Б., 1977].

«Философические» идеи нередко относят к сверхценным. Однако они не вполне соответствуют классическому определению сверхценных идей С. Wernicke (1892), который ввел этот термин. По его определению, эти идеи возникают в связи с реальной ситуацией, но занимают в сознании положение, не соответствующее их действительному значению. Никаких реальных психогенных факторов, которые бы послужили толчком для метафизической интоксикации, обычно установить не удается. По содержанию и отсутствию критики метафизическая интоксикация иногда напоминает паранойяльный бред, но отличается от него отсутствием борьбы за претворение этих идей в жизнь.

- Дифференциальный диагноз проводится с **транзиторной метафизической интоксикацией**, которая возникает у подростков с шизоидной и психастенической психопатиями и акцентуациями характера. В последнем случае развиваемые **идеи никогда не выглядят нелепыми**; в их основе лежит какое-то **рациональное зерно**, однако суждения отличаются односторонностью, преувеличениями, неспособностью трезво отнестись к своим ошибкам, негибкостью, «отсутствием гостеприимства к чужим мыслям» [Личко А. Е., 1985].

- Обдумыванием про себя не ограничиваются, **ищут единомышленников**. В беседах с ними порой интересно и увлекательно говорят о занимающем их предмете, умеют **четко сформулировать мысль**. Встретив заинтересованность собеседника, **обнаруживают достаточную эмоциональную живость**, как бы на время утрачивают шизоидные черты.



Критерии	Синдром метафизической интоксикации	Транзиторная метафизическая интоксикация
Содержание идей	Часто нелепое, противоречащее логике	Исходят из рациональной предпосылки, но развиваемые идеи односторонни, преувеличены, негибки
Изложение идей	Обычно нечеткое, расплывчатое, даже сумбурное, вычурное или повторение одних и тех же штампов	Довольно четкое, толковое, иногда даже яркое и увлекательное
Активность в распространении идей	Единомышленников либо вообще не ищут, либо после неудачных попыток бросают поиски. Иногда распространяют нелепые воззвания	Ищут единомышленников, особенно среди сверстников, с ними эмоционально обсуждают проблему
Другие симптомы	Встречаются обсессии, фобии, деперсонализация, а также нарастание замкнутости и бездеятельности	Обычно отсутствуют, кроме проявлений шизоидной или психастенической психопатии или акцентуации характера
Социальная адаптация	Нередко нарушается - пропускают учебу, падает работоспособность, растет отчуждение к близким	Как правило, сохранена; если нарушена, то вследствие других психопатических особенностей

Примеры:

- Валерий Р., 17 лет. У отца параноидная шизофрения. Рос здоровым, но с детства был замкнутым, вяловатым, любил читать. Отличался моторной неловкостью. С детьми не играл. Был очень привязан к матери, почти все время старался проводить около нее. В школе учился удовлетворительно. Держался в стороне от ребят, друзей не было.

- С 15 лет начал увлекаться философией, читал философские книги, вел постоянные споры с матерью — активной коммунисткой. Рассуждал о смысле жизни, говорил о ее бесцельности. Заявлял ей, что во всем правы Ницше и Спенсер, проповедовал «всеобщий анархизм». В школе вступал в спор с учителем обществоведения. На комсомольском собрании был подвергнут осуждению.

Через несколько дней почувствовал непреодолимую тоску, пришел к выводу, что он «неполноценный». Оставшись дома один, принял 20 таблеток соннапакса и уснул. Очнулся, когда «скорая помощь» промывала ему желудок.

- В психиатрической больнице сразу вступил в контакт с врачом и начал рассуждать на философские темы. Мысли излагал сумбурно, суждения были примитивными, опровержений слушать не хотел. Заявил, что разработал свою философскую систему, но суть ее изложить не смог, стереотипно повторял только: «Я — за сверхчеловека».

- Сказал, что любит мать, но не дал никакой эмоциональной реакции на вопросы о том, как бы мать пережила его смерть. Сексуальную жизнь отрицал, назвал ее низменной. Выяснилось, что раньше увлекался шахматами, но последний год всякий интерес к ним пропал. К совершенной суицидной попытке относится с формальной критикой. Признался, что раньше после неприятностей у него бывало желание покончить с собой.

- В отделении пытался излагать свои взгляды другим подросткам, но, не встретив интереса, замкнулся.

- Дифференциально-диагностические признаки соответствия синдрому метафизической интоксикации при неврозоподобной шизофрении: содержание идей (**нелепые высказывания** о сверхчеловеке), их **изложение (сумбурное, расплывчатое)**, **активность в их распространении (отсутствует)**, дополнительные симптомы психических нарушений (**нарастание замкнутости, депрессия с суицидной попыткой**), социальная адаптация (нарушена — **конфликты в школе**).

- Диагноз. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения. Синдром метафизической интоксикации.
- Катамнез. Прослежен в течение 8 лет. Школу закончить не смог из-за резко снизившейся успеваемости. В вечерней школе также не удержался. Работает сторожем. Крайне замкнут, к матери охладел. Свободное время проводит за чтением философских книг. Со сверстниками не общается. Поддерживающей терапии не получает — и он сам, и мать отказываются от лечения.

- Андрей А., 16 лет. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Рос замкнутым, избегал шумных игр, но имел постоянного близкого друга. В школе успешно учится. К родителям привязан.

- Последние полгода стал увлекаться проблемами совершенствования социалистического общества. Много читал, делал выписки, обсуждал прочитанное с другом. Разработал свою систему борьбы с пьянством и алкоголизмом, довольно тщательно и детально продуманную, состоящую из контролируемого учета продажи спиртных напитков по специальным карточкам и системы мер поощрений для тех, кто этими карточками не стал бы пользоваться, создания специальных трудовых лагерей для пьяниц и т. п.

- Предлагаемые меры толково и четко излагал и посылал в виде предложений в различные органы, газеты и журналы. Среди товарищей по школе создал инициативную группу «борцов за трезвость»: выслеживали пьяных в общественных местах и по телефонам-автоматам информировали о них милицию — несколько пьяниц таким образом было задержано и оштрафовано.

- На консультацию к психиатру приведен по инициативе матери. Сперва был крайне сдержан, но потом охотно изложил свои взгляды и предложения. Обнаружил хорошие знания истории борьбы с пьянством и алкоголизмом («сухие законы» в разных странах и в разные времена, почему они оказались неэффективными и т. п.). Однако суждения отличались однобокостью, все критические замечания воспринимал крайне неохотно и пытался их опровергать. В школе продолжал успешно учиться.

- Дифференциально-диагностические критерии соответствия транзиторной метафизической интоксикации : содержание идей (**рациональная предпосылка, стройная система, но односторонность суждений**), их изложение (**четкое, толковое**), активность в распространении (**привлечение единомышленников**), дополнительные симптомы психических нарушений (отсутствуют), социальная адаптация (сохранена).
- Признаков соответствия синдрому метафизической интоксикации при неврозоподобной шизофрении нет.

- Диагноз. Психически здоров.
Транзиторная метафизическая интоксикация на фоне акцентуации характера по шизоидно-психастеническому типу.
- Катамнез: через 2 года окончил среднюю школу с отличием. Поступил в медицинский институт.

- При шизофрении в виде самостоятельного синдрома метафизическая интоксикация встречается не так уж часто — при неврозоподобной вялотекущей форме и еще реже — как неврозоподобный дебют прогрессивной шизофрении.

- Риск перехода синдрома метафизической интоксикации в другие синдромы прогрессивной формы составляет около 20 %
- В 40 % синдром метафизической интоксикации завершается практическим выздоровлением
[Бильжо А. Г., 1986]

Ремиссия формируется постепенно: долго сохраняется «психический ювенилизм», оппозиция к родным, неумение приобретать практический жизненный опыт.

Список литературы:

- «Дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте», Коркина М. В.)
- Беккер И.М. «Школа молодого психиатра»
- Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Научный центр психического здоровья" (ФГБНУ НЦПЗ)
<http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/11/chapter/21>