

ИНДУЦИРОВАННОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО

INDUCED DELUSIONAL DISORDER

Смоляков С.В.
Бирюкова П.С.
Левченко Е.В.

кандидат медицинских наук

Smolyakov S.V.
Biryukova P.S.
Levchenko E.V.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский университет

Kursk State Medical University

Резюме

В современном мире все чаще уделяется внимание патологиям, связанным с психикой человека. Формирование понимания причин и механизмов развития психических заболеваний позволит наиболее эффективно искать способы лечения и проводить терапию. Именно в этом свете редкие случаи психиатрической практики позволяют наиболее полноценно сформировать представление об условиях развития и течении болезни. В данной работе рассматривается клинический случай индуцированного бредового расстройства у членов одной семьи, которые являются супружеской парой.

Ключевые слова: индуцированное бредовое расстройство, индукция, донор, реципиент, психика.

Summary

In the modern world, more and more attention is paid to pathologies related to the human psyche. The formation of an understanding of the causes and mechanisms of the development of mental diseases will allow the most effective search for treatment methods and conduct therapy. It is in this light that rare cases of psychiatric practice allow us to form the most complete picture of the conditions of development and the course of the disease. In this paper, we consider a clinical case of induced delusional disorder in members of the same family who are a married couple.

Key words: induced delusional disorder, induction, donor, recipient, psyche.

Библиографическая ссылка на статью

Смоляков С.В., Бирюкова П.С., Левченко Е.В.
Индукционное бредовое расстройство // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 21-24.

References to the article

Smolyakov S.V., Biryukova P.S., Levchenko E.V. Induced delusional disorder // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 21-24.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/05](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/05)

Введение. Индуцированное бредовое расстройство является редким психическим расстройством. Первые определения были приведены Ласегом и Фалькре в 1877 году: два человека, живущие в тесной связи, в закрытой и изолированной среде, разделяют бредовые идеи на ту же тему. Проблема индуцированных психических расстройств считается одной из наиболее интересных и малоизученных в психиатрии. Эта проблема является многовекторной не только для психиатрии, но и медицинской, социальной психологии. Подобные состояния рассматриваются в современной клинической литературе как наблюдаемые синдромы, у двух или более больных, примерно одинаковой структуры и содержания. Причем сначала психическое расстройство развивается у одного из них (индуктора), а затем, в результате его патологического психического влияния, у других лиц (реципиентов). Общий признак индукции – передача симптоматики, которая как бы перенимается, повторяется, отражается в

психическом состоянии индуцированных больных (реципиентов). Сегодня нет единого клинко-психологического понимания индукции. Выдвигаются множество версий и теорий об этиологии и развитии индуцированных психических расстройств. В 40% случаев индукция встречается у родителей и детей, среди братьев и сестер, в старых супружеских парах, особенно при социальной изоляции. Также возможны массовые индукции в социальных группах. Наиболее характерным примером формирования индуцированного психоза служит тактика втягивания в секты и деструктивные культы [1, 2, 3].

Цель исследования – ретроспективно проанализировать развитие и течение клинических случаев семейного индуцированного психоза.

Клинический случай. Больной К., 56 лет. Объективных данных о наследственности нет. Раннее психомоторное развитие без особенностей. Из перенесенных заболеваний

отмечает простудные, детские инфекции. По характеру был замкнутым, необщительным, «держал все в себе». В школу пошел вовремя. Учился удовлетворительно. С людьми сходилась с трудом. Окончил 8 классов, ПТУ по специальности каменщик. Работал каменщиком, грузчиком. В последнее время охранником в сетевом супермаркете. Женат. Есть взрослый сын, проживает отдельно. Психическое состояние значительно изменилось незадолго до настоящего поступления: практически перестал спать, разговаривал сам с собой, не отвечал на вопросы жены, пытался найти себе место в сарае, в подвале, закрывал уши руками, высказывал мысли: «Началось, сейчас все решаю я, провода шумят». На рабочем месте в супермаркете неожиданно лег на пол, катался из стороны в сторону, говорил, что управляет системой энергетики. На замечания и увещания не реагировал, после был доставлен в психиатрическую больницу бригадой СМП. В отделении вел себя упорядоченно. Сознание не нарушено, полностью ориентирован. Настроение снижено, тревожен, напряжен, разговаривает тихим, монотонным голосом, не глядя на собеседника: «Если посмотрю в глаза, могу причинить вред». Говорит: «многое вам не понять». Уверен, что обладает особыми способностями управлять энергией проводов, которые появились у него много лет назад, периодически, то усиливаясь, то ослабевая. По его мысленному приказу могли возникнуть перебои с электричеством во всем городе. Чувствовал энергию проводов во всем теле в виде жжения в мозгу, шума в ушах. Сразу рассказал об этом жене, которая приняла это как дар, отнеслась с пониманием и помогала пережить дни, когда от электричества «шатало и болела голова». После проведенного лечения (аминазин, галоперидол, общеукрепляющие, витаминотерапия), состояние заметно улучшилось. Стал спокойным, упорядоченным, бредовых идей открыто не высказывает, однако при расспросе продолжает верить, что он «избран», но на время госпитализации «там поставили заглушки» и «пока что проводов не слышно, и с ними нет связи». Критика снижена. Соматический и неврологический статус без особенностей.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаружены нарушения мышления в виде соскальзываний, резонерства. А также уплощение эмоционального аффекта и снижение критических способностей.

Диагноз: F20.01. Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-

прогредиентное течение.

Супруга пациента госпитализирована на следующий день в геронтологическое отделение.

Больная К., 77 лет. Родилась 8-м ребенком в религиозной крестьянской семье. По характеру росла подвижной, активной, любила быть в центре внимания. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные. В возрасте 14 лет получила травму головы (упала с крыши во время игры со сверстниками). Всегда была впечатлительной, иногда теряла сознания от испуга, во время церковных песнопений, при получении важных известий. Иногда словно бы видела себя со стороны. Эти состояния были кратковременны, быстро проходили. Образование 8 классов, подрабатывала в церкви, разнорабочей на торговом складе. Замуж вышла поздно. В 41 год родила сына. С тех пор не работает, занимается домашним хозяйством. После появления первых симптомов у мужа сразу поверила в его избранность, и в моменты «управления электричеством» ощущала особо волнение, дурноту и тоже слышала шум проводов. Об этом никому не рассказывала по просьбе мужа. После госпитализации мужа почувствовала себя плохо. «Стало крутить, корезить», поняла, что муж был во всем прав, про него узнали «там» и забрали. Пришла в церковь, требовала священника установить, что произошло. В связи с выраженной агитацией была госпитализирована в психиатрический стационар. После проведенного лечения психотическая симптоматика была купирована. При осмотре: ориентирована в месте, времени, собственной личности. Держится уверенно несколько демонстративно, на вопросы отвечает по существу. Фон настроения ровный. Называет мужа «мой хозяин». Свою госпитализацию объясняет тем, что у нее был «бред и страхи», а теперь их нет. Уверена, что психической болезни у нее нет, а есть воздействие тех людей, что «раскрыли связь хозяина и электричества»

В отделении активна, общительна, общается с сохранными больными, беседует с ними на религиозные темы. Критика к своему состоянию, положению снижена.

Диагноз: F06.5. Органическое диссоциативное расстройство.

Больная Д., 45 лет. Отец умер рано, злоупотреблял алкоголем, был вспыльчивым, раздражительным. Мать по характеру тихая, застенчивая, болеет аутоиммунным тиреоидитом. Ранние годы без особенностей. В школу пошла вовремя, училась на отлично. Со сверстниками общалась нечасто, увлекалась

точными науками. В дальнейшем окончила институт ядерной физики в Москве, вышла замуж за однокурсника, работала в лаборатории. Родила дочь, практически сразу вышла на работу. Занималась фундаментальными исследованиями, начала писать диссертацию. Семейная жизнь складывалась неудачно. Нарастало непонимание, участились скандалы, завершившиеся разводом. Примерно через год после развода поняла, что бывший муж на почве неприязненных отношений начал воздействовать на нее гамма-излучением. Подбросил радиоактивный грунт в горшки с цветами, от чего здоровье стало стремительно ухудшаться. Стала кружиться голова, нарушилась память, появилось ощущение стянутости кожи, муж прослушивал мысли и хотел отобрать дочь. Дочери исполнилось 14 лет, и она тоже стала чувствовать усталость, стянутость кожи. По просьбе матери перестала общаться с отцом, через месяц прекратила посещать школу, разделяя мысли матери о том, что на них открыта травля. Больная Д. написала руководству лаборатории жалобу с просьбами оградить ее от преступных действий мужа, в качестве доказательства принесла на спектральный анализ цветочный горшок. Руководство оставило просьбы пациентки без должного внимания. В отчаянии пациентка с дочерью переехала в Курскую область, к матери. Запретила ей и дочери выходить на улицу. Запас продуктов быстро истощился. Скорую помощь вызвали наблюдательные соседи. Доставлена в психиатрический стационар. При поступлении и первое время в отделении была чрезвычайно активной, требовала выпустить ее, считала, что врачи находятся в сговоре с бывшим мужем, просила защитить дочь. Испытывала вялость, слабость, быструю истощаемость, особенно выраженные в утренние часы, плохо понимала связь между явлениями, переживала свое бессилие. Возникли боли в голове, затем какие-то «посторонние мысли». Ощущала покалывание, пощипывание. Была возбуждена, тревожна.

После проведенного лечения (аминазин, галоперидол, общеукрепляющие, витаминотерапия) состояние заметно улучшилось. Стала спокойной, упорядоченной, бредовые идеи дезактуализировались. Критическая оценка своего состояния недостаточная. Соглашается, что возможно «перестраховалась и уехала из Москвы», но сохраняет убеждение, что грунт в цветке был радиоактивным. Соглашается, что дочери необходимо посещать школу.

Соматический и неврологический статус без особенностей.

Диагноз: F20.01. Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-прогредиентное течение.

Заключение. Клиническая картина в приведенном наблюдении у пациента К. характеризуется синдромом Кандинского-Клерамбо на фоне нерезко выраженной депрессии с астеническим компонентом. Представленные в ней ассоциативный и сенестопатический автоматизмы трансформируются в бред величия с элементами парафрении. У пациентки К. изучение клинической картины показало, что присутствуют диссоциативные расстройства истерического круга на органически неполноценной почве. Больная примитивна, суеверна, психические расстройства у нее возникли на фоне мощного психогенного воздействия, обусловленного бредовыми переживаниями мужа. Анализируемый случай представляет собой классический пример внутрисемейного психоза. Индуктор (больной К.) являлся авторитетной фигурой для супруги, которая поддалась его суггестии. Бред развивался у супруги, которая находилась в близкой связи с человеком, уже имеющим психическое отклонение, переход развивался по типу «донор-реципиент». По структуре и содержанию бреда сходно с таковой у донора.

Клиника пациентки Д. характеризуется остро развивающимся синдромом Кандинского-Клерамбо с ярким ассоциативным и сенестопатическим автоматизмом и с бредом воздействия и преследования. У дочери пациентки наблюдалась сходные по структуре и содержанию бредовых переживаний симптоматика, по причине которой она перестала общаться с отцом и оставила школу. При разобщении с индуктором (больная Д.) симптомы редуцировались, полностью восстановилась критика. Таким образом, пациент с первичным расстройством обычно играет социально доминирующую роль в отношениях (в нашем случае мать) и навязывает бредовые идеи или убеждает в них пациента со вторичным расстройством (дочь). Важно определить, у кого в отношениях основной психоз, потому что человек со вторичным расстройством, как правило, не сохраняет бредовые убеждения вне контакта с человеком с первичным расстройством.

Литература.

1. Гиленко, М.В. Случай внутрисемейного индуцированного психоза / М.В.

Гиленко, А.С. Шаманаев // В сборнике: Практика судебно-психиатрической экспертизы. – 2012. – С. 22-35.

2. Дмитриев, М.Н. Ноотропно-индуцированный психоз при терапии СДВГ / М.Н. Дмитриев, Ю.С. Худина, Н.С. Дмитриева. // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков. – 2018. – С. 130-132.

3. Кавинова, И.П. Психическая эпидемия как социальный феномен / И.П. Кавинова // Гуманитарный вестник. – 2018. – № 9. – С. 6.

4. Рожкова, М.Н. К вопросу об индуцированных психозах (клинический случай) / М.Н. Рожкова, Ю.В. Богушевская // Молодежь – практическому здравоохранению. – 2019. – С. 372-377.

5. Криворучко, Ю.Д. Шизотипическое расстройство личности как патологическая почва для развития индуцированного психоза / Ю.Д.Криворучко, Е.В. Клембовская, И.В. Густов // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – Москва, 2004. – С. 76-88.