

М. М. Скугаревская¹, В. И. Сачек², О. В. Колбасова³, О. А. Скугаревский⁴

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ. ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»^{1,3},
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»²,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»⁴

В статье обсуждается проблема диагностики и дифференциальной диагностики галлюцинаторных нарушений. Приведено описание клинического случая при проведении военно-врачебной экспертизы.

Ключевые слова: галлюцинации, иллюзии, военно-врачебная экспертиза

M. M. Skugarevskaya, V. I. Sachek, O. V. Kolbasova, O. A. Skugarevsky

DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF HALLUCINATORY EXPERIENCES IN MEDICAL MILITARY EXAMINATION. A CASE STUDY

The problems of diagnosis and differential diagnosis of the hallucinations are discussed. The description of a clinical case during the medical military examination is presented.

Key words: hallucination, illusion, medical military examination

Галлюцинации представляют собой нарушения восприятия и характеризуются возникновением внешнего образа в сознании без раздражителя. Впервые термин предложен Ж. Э. Эскиролем в 1817 г. в трактате «О галлюцинациях у душевнобольных». Галлюцинации традиционно считаются проявлением достаточно грубых расстройств: шизофрении, делирия, интоксикации или синдрома отмены психоактивных веществ. В то же время ряд исследований указывают на возможность наличия галлюцинаторных переживаний и у здоровых людей в общей популяции [3]. Цель данной публикации состоит в прояснении некоторых теоретических аспектов галлюцинаций применительно к клинической практике.

Первоначально приводим описание клинического случая пациента, представленного на военно-врачебную комиссию психиатрического профиля 12.05.2014 г.

Пациент А., 1994 г.р., рядовой, призван на воинскую службу 21.05.2013 г.

Жалобы: на периодические «видения отца».

Анамнез жизни: родился в городе областного значения в полной семье, единственным ребенком. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Сведений о наследственной отягощенности нет. По национальности белорус, вероисповедание — православный. В школу пошел в возрасте 6 лет. Успеваемость удовлетворительная. Отношения с одноклассниками были хорошие. В свободное время посещал спортивную секцию по футболу, любил прогулки на улице, подвижные игры, любил быть в компании друзей. Себя характеризует как общительного, дружелюбного, отзывчивого, доброго, впечатлительного. Легко заводил новые знакомства. В компании нравилось быть в центре внимания, любил рассказывать интересные истории, о которых знал из книг или телевидения, или которые происходили с ним са-

мим. Родственники и мать часто говорили с укором: «ты слишком доверчивый», так как мог едва знакомых детей привести к себе домой, чтобы вместе поиграть. Приводов в милицию не имел. В общественных мероприятиях в школе участвовать хотелось, но из-за низкой успеваемости по учебным предметам не предлагали, расстраивался. Считал, что вполне мог быть ведущим на школьных мероприятиях. Окончил 9 классов средней школы и профессиональный лицей строителей по специальности технология сварочных работ, получил квалификацию «электрогазосварщик 3 разряда». Выбор профессии был обоснован тем, что «сварщики хорошо зарабатывают и всегда нужны людям». В лицее стал чувствовать себя увереннее и смелее в компании сверстников, более активно предлагал свою кандидатуру для участия в общественных мероприятиях в лицее, читал стихи в клубе лицея на праздничных концертах. Работал по распределению по специальности электрогазосварщик. Рабочие смены длились по 8 часов 5 дней в неделю. Работоспособность была хорошая. Окончил водительские курсы при ДОСААФ в июле 2012 года, получил водительское удостоверение, категории «В». Проживал в родном городе в 4-х комнатной квартире родителей вместе с матерью, родной сестрой матери, ее мужем и их сыном 17 лет. Имел отдельную комнату. За время учебы и работы за медицинской помощью не обращался, стационарно не лечился. Холост. Отношений с девушками завести не получалось; с вздохом, сказал, что еще время не пришло, т.к. по характеру стеснительный, нерешительный, завидовал более успешным товарищам.

В детском и подростковом возрасте тяжело переживал потерю отца (справка о смерти от 06.03.2000 г., причина смерти: «Острая кровопотеря, колото-резаная рана груди с повреждением аорты»). Со слов пациента, отца убили возле дома, но, ни мать, ни он сам убийства не видели. На похоронах отца присутствовал в возрасте 6 лет, был с матерью на кладбище, помнит те события. С тех пор в семье сложилась традиция поминовения покойного отца. Сам он считает, что к памяти об отце относился без должно-

го внимания, не посещал церковь, как мама, и не ставил поминальных свечей, испытывал чувство вины.

По данным личного дела призванного характеризовался в лице положительно, как дисциплинированный ученик, активно участвующий в учебном процессе и общественной жизни.

На учете врача-психиатра, нарколога не состоял. По данным Единого государственного банка данных о правонарушениях не привлекался к административной ответственности.

В Вооруженные Силы Республики Беларусь призван с диагнозом: «Вульгарное акне кожи лица. Плоскостопие 1 степени обеих стоп. Кифоз 2 степени грудного отдела позвоночника. Эндемический зоб 1 степени. Дополнительная хорда в полости левого желудочка, НО». На основании статьи 66-Г, 12-В графы I Расписания болезней и ТДТ Требований к состоянию здоровья граждан, утвержденных Постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.10.2010 г. № 51/170 был признан «годен к военной службе с незначительными ограничениями». К условиям службы адаптировался хорошо, с сослуживцами сложились нормальные отношения. После обучения в учебном подразделении в июле 2013 года был направлен в военную часть. Там с большинством сослуживцев складывались нормальные отношения, трудности по службе воспринимал как должные, старался преодолевать их самостоятельно. Обиды старался не показывать, конфликтную ситуацию пытался разрешить путем общения с товарищами, проведения переговоров, но иногда замыкался, старался не общаться, пока не становилось легче.

За время прохождения службы зарекомендовал себя следующим образом: «документы, регламентирующие охрану Государственной границы, знает слабо и плохо руководствуется ими при несении службы по охране Государственной границе Республики Беларусь. Уставы вооруженных сил Республики Беларусь знает не в полном объеме и слабо руководствуется ими в повседневной жизнедеятельности подразделения. Функциональные обязанности знает удовлетворительно, но не в полном объеме их выполняет. Самостоятельно над повышением профессионального уровня работает не систематически, что сказывается на результатах служебной деятельности. По профессионально-должностной подготовке имеет удовлетворительные знания. Приказы и указания старших начальников не всегда выполняет точно и в срок. Периодически требует постоянного контроля. Не имеет дисциплинарных взысканий. По характеру спокоен, рассудителен. Считается с мнением товарищей по службе, однако может иметь свою точку зрения. Со старшими по воинскому званию тактичен, вежлив. На замечания реагирует правильно, но соответствующие выводы делает не всегда. Участие в общественной жизни заставы не принимает. К службе в Органах пограничной службы Республики Беларусь относится положительно. Внешне опрятен, в строевом отношении подтянут. Физически развит удовлетворительно, здоровье удовлетворительное. Гордится принадлежностью к органам пограничной службы».

Анамнез заболевания. Со слов пациента впервые «тьень отца» появилась в возрасте 16 лет при следующих обстоятельствах: был вечер, около 20.00 возвращался с репетиции из лицея, готовились к праздничному концерту в лицее, был в хорошем настроении. Его путь лежал через железнодорожное депо, где наиболее темная часть пути. Этим путем ходил каждый день с учебы домой. «Находиться в районе железнодорожного депо было все время страшновато, так как там много изгибов рельсов и кажется, что в любой момент может из-за поворота выскочить поезд». Когда почти уже прошел железнодорожные пути, увидел какую-то полупрозрачную тень с нечеткими очертаниями. Стало страшно, в голове промелькнула мысль, что это «дух отца». «Видение» исчезло через несколько секунд, однако страх сохранялся и был очень сильным, начало всего трести, дрожали руки, ноги, на некоторое время «остолбенел», потом со всех ног побежал домой. Никому об этом не рассказал, побоялся, что не поверят. Эти события четко отпечатались в памяти. С тех пор стал периодически «видеть тень отца». Периодичность появления отца в образе тени была разной, но только в темное время суток, практически всегда это было при приближении годовщины смерти отца. В семье было традицией поминать отца в день его смерти, мать хо-

дила в церковь «ставила свечки». Пациент сообщил, что матери отец не являлся, а он сам с матерью в церковь не ходил и сам никак не отмечал годовщины смерти отца. По этому поводу испытывал чувство вины.

За весь период службы «видений отца» не было вплоть до марта 2014 года. Это случилось при следующих обстоятельствах: был в составе внутреннего караула и патрулировал территорию заставы один, без оружия, испытывал сильное утомление, так как в течение месяца недосыпал. Отмечает, что в караулах было всегда немного страшно, в этот день тоже. Двигаясь по маршруту следования, вдруг подумал, что скоро очередная годовщина смерти отца и на этот раз нужно будет «заказать в церкви поминальную службу», кроме того, решил съездить на могилу к отцу. Около 2 часов ночи увидел снова неясную «тьень», точно такую, как и раньше. Вновь подумалось, что это «дух отца». Снова начался тремор в руках и ногах, продолжавшийся около 5 минут. При этом сохранялось отчетливое восприятие окружающего, полагал, что может быть, это действительно «душа отца», которая «не смогла упокоиться», так как он по традиции семьи не «поминал отца». Самостоятельно смог успокоиться, давал себе установку успокоиться, проговаривая про себя слова: «все нормально, успокойся, такого быть не может» и продолжил несение службы в карауле. О своих видениях рассказал сослуживцам, которые в свою очередь посоветовали обратиться к психологу.

По сведениям психолога воинской части 03.03.2014 года к нему обратился по личному вопросу рядовой А. с просьбой отвести его в церковь, так как ему видится в образе тени его покойный отец. После чего пациент был снят с наряда, а на следующий день был госпитализирован в Гомельскую областную психиатрическую больницу с диагнозом: «Неорганический галлюциноз. F28». По данным выписного эпикриза поступил с жалобами на тревогу, обманы восприятия. В психиатрическом статусе: в сознании, ориентирован верно, внешне спокоен, охотно вступает в контакт. Жалуется на то, что с 16-ти лет периодически видит «тьень покойного отца» — «силуэт, окруженный как бы туманом», «чувствую близость его духа, знакомые жесты, поэтому определяю, что это отец». Заявил, что последнее время эти «видения» стали чаще, «от этого становится страшно». Рассказал, что перед армией тоже были «видения» — «еду в машине, а мне как будто кто-то руку на плечо положил, а потом мимо пролетает какая-то тень, после чего мне стало плохо, заколотился весь». На момент осмотра обманы восприятия, в том числе слуховые, отрицает. Бредовых идей не высказывает. Рассуждает в целом последовательно, логично. Мышление среднего темпа. Эмоционально ровен. Критика сохранена. Настроен на обследование. В отделении: Режим не нарушает. Периодически отмечает по вечерам «какие-то тени». Рассуждает последовательно. Эмоционально адекватен. Психотических расстройств нет. Сон, аппетит в норме. **ВКК** от 28.03.14г. Диагноз: «Неорганический галлюциноз». Находился в больнице с 05.03.14 по 01.04.2014, лечение не получал.

Командиром воинской части направлен в психиатрическое отделение 432 Главного военного клинического медицинского центра ВС РБ (24 отделение в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья») на медицинское освидетельствование.

Данные объективного исследования. Правильного телосложения, нормального питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. На коже лица гнойничковые высыпания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система: грудной кифоз усилен, продольная ось позвоночника искривлена влево. Объем движений в грудном отделе позвоночника не снижен. Продольные своды обеих стоп уплощены. Пульс 78 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Мочеполовые органы без патологии. Лор-органы в норме. Острота зрения 1.0 на оба глаза. Глазное дно в норме. Неврологический статус: очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Психическое состояние: Сознание ясное, контакту доступен, ориентирован полностью, психотической симптоматики нет.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Выглядит внешне несколько встревоженным. Отвечает на вопросы громким голосом. В поведении демонстративен. В первый же день обратился с просьбой к медицинскому персоналу отделения и священнослужителю Свято-Елисаветинского монастыря с просьбой отвести его в церковь в Свято-Елисаветинском монастыре, который находится рядом с Республиканским научно-практическим центром психического здоровья, куда он смог сходить в сопровождении священника и медперсонала. После этого стал совершенно спокоен и сказал, что его беспокойство об отце прекратилось и «видения» пропали. Во время беседы на вопросы относительно частоты и времени появления этих «видений отца» отвечает довольно путано, дает противоречивые ответы: то он никому не рассказывал, то рассказывал друзьям, то видения появлялись периодически, то были практически все время в дни годовщины смерти отца. По поводу этих видений он ни разу не обратился за консультацией ни к психологу, ни к психиатру, не рассказал матери. Социальная адаптация вследствие «видений» не нарушалась. Мышление последовательное, без грубых структурных нарушений, оперирует такими понятиями, как «душа», «упокоение», «неупокоение». При этом суждения поверхностные. Бредовых идей не высказывает. Галлюцинаторной симптоматики не выявлено, сам пациент отрицает в настоящем какие-либо нарушения восприятия. Уровень социальной понятийности в пределах общежитетейских представлений. В поведении упорядочен. Распорядок в отделении соблюдал, подчинялся режиму и распоряжениям медицинского персонала. Интеллектуально-мнестических расстройств нет. Критика достаточная.

Результаты патопсихологического исследования от 19.04.2014: Внимание и память: объем произвольного внимания не сужен, устойчивость, и концентрация не ослаблены, колебания работоспособности не выходят за пределы нормы; объем кратковременной механической памяти сужен, информационная нагружаемость, темп запоминания и удержание в пределах нормы. Мышление: обобщает на категориальном уровне, оперирует концептами средней степени сложности, иногда опирается на функциональные признаки предметов, обобщает по существу; в процессе ассоциирования образы адекватные, стандартные, в пиктограммах преимущественно образы конкретные, встречаются единичные атрибутивные, образы адекватные предлагаемым понятиям. **Вывод:** внимание и память в пределах нормы, динамика психических процессов не нарушена. В мышлении искажений и нарушений не выявлено.

Данные методики ММРІ 4'780-296/513

Повышенный контроль за ответами. Профиль по максимальным значениям несколько превысил границы нормы, что по выраженности отклонений соответствует степени акцентуации. Эмоциональное состояние: раздражительность, легко возникает ощущение угрозы, страха, неуверенность в себе, повышенный уровень тревоги. Смешанная жизненная позиция с некоторым преобладанием активной. Нарочито мужественный стиль поведения. В отношениях с другими людьми — отсутствие «играния роли», недостаток дипломатичности, гибкости, отсутствие злопамятности и застревания на обидах. Повышенная внутренняя агрессивность подавляется повышенным самоконтролем, что смягчает ее внешние проявления. Проявляется в виде критических замечаний, реакций протеста. При близких контактах конфликтность или агрессивность выше, а самоконтроль меньше. Наиболее вероятные реакции на стресс: поведенческие реакции. Отсутствие ипохондричности и мнительности по отношению к здоровью. Недостаточная продуманность и взвешенность принимаемых решений. Поспешность в принятии решений. Склонность к преувеличению имеющихся проблем. Типичные защитные механизмы: непосредственное отреагирование на поведенческом уровне; экстрапунитивные реакции; отреагирование вовне.

Данные методики Люшера

Недоверчивость, переживание чувства обиды, стремление улучшить впечатление о себе в глазах значимых окружающих. Сензитивность в отношении критических замечаний в свой адрес. Разочарование и страх перед будущим создают тревож-

ный фон настроения. Потребность в гармонизации отношений с окружающими и повышении самоконтроля для избавления от чувства уязвленного самолюбия.

Результаты диагностических исследований (рентгенологических, лабораторных, инструментальных): Результаты общего, биохимического анализов крови, общего анализа мочи, ЭКГ, ФГ ОГК, Эхо-КС — без патологии. **Эхоэнцефалоскопия** от 10.04.14 — М-эхо слева 66мм, м-эхо справа 60мм, трансмиссия 63мм. Заключение: смещение М-эхо слева направо на 3мм. **Электроэнцефалография (ЭЭГ)** от 10.04.14 — при легкой диффузной альфа волновой дизритмии в теменно-височных отделах регистрируются невысокие острые альфа волны с отклонением на левое полушарие. **Магнитно-резонансная томография головного мозга от 21.05.14:** Патологических объемных образований в полости черепа не выявлено. Релаксационные характеристики вещества мозга обычные. Срединные структуры не смещены. Желудочки мозга обычной формы, размеры их не увеличены. Боковые желудочки симметричны. Базальные цистерны, кортикальные борозды не расширены. Гипофиз расположен эндоселлярно, с выпуклым верхним контуром. Размеры его: высота в сагиттальной плоскости 6,5 мм, передне-заднее направление 10,8 мм, ширина 12,4 мм. Воронка несколько отклонена вправо. Зрительный перекрест, пещеристые синусы - без особенностей. Внутренние слуховые проходы не расширены, симметричны. Дополнительных образований в области мосто-мозжечковых углов не выявлено. Глазницы, краниовертебральный переход - без особенностей. Околоносовые пазухи развиты правильно, пневматизация их не нарушена. Заключение: Объемные образования, очаговые изменения головного мозга не выявлены. **Исследование уровня гормонов щитовидной железы** от 17.04.14 — FT4 (свободный тироксин) 11 Пмоль/л, TSH (тиреотропный гормон) 0,96 мкМУ/мл, АТПО (антитела к пероксидазе)-0. УЗИ щитовидной железы. ЛУ от 24.04.14 — ЩЖ расположена обычно. Не увеличена. Эхогенность несколько снижена, структура диффузно-неоднородная за счет мелкокистозной перестройки тиреоидной паренхимы и усиления фиброзного компонента. Диаметр кист преимущественно до 2мм. В левой доле коллоидная киста 7×5 мм. Регионарные ЛУ не увеличены. **Исследование когнитивных вызванных потенциалов (КВП)** от 23.04.14: задания усваивает, выполняет старательно. Ошибок в подсчете значимого стимула не выявлено. Основные компоненты КВП дифференцируются четко, повторяемы. Латентный период P300 292-302 мс (идеальная возрастная норма). Амплитуда P300 в норме — 10мкВ. Явления отрицательной габитурации не выявлено. Заключение: по данным КВП (P300) нарушения когнитивной функции, объема оперативной памяти и уровня направленного внимания не выявлено. **ЭЭГ с картированием** от 23.04.14 — на ЭЭГ регистрируется регулярный, зонально дифференцированный альфаритм средней амплитуды и частоты. На этом фоне в правом полушарии зарегистрирован разряд синхронных альфа волн с иррадиацией на левое полушарие в ослабленном виде. Признаки пароксизмальной активности, исходящей из глубоких структур правого полушария.

По результатам проведенного обследования ВВК вынесла диагноз: Акцентуация черт характера смешанного типа (с гипер-тимными и демонстративными чертами). Аффектогенные иллюзии. Киста (7×5 мм) левой доли щитовидной железы, эутиреоз. Пациент А. был признан годным к военной службе с незначительными ограничениями.

На наш взгляд вышеуказанный случай отражает необходимость прояснения следующих фундаментальных вопросов общей психопатологии, необходимых для диагностического поиска:

- Маркером каких психических расстройств могут являться галлюцинации?
- Всегда ли галлюцинации являются симптомом психического расстройства?
- Культуральные особенности острых нарушений восприятия.
- Различия галлюцинаций и иллюзий.

Иллюзии и галлюцинации являются расстройствами восприятия. Разграничение между этими понятиями вводится со времени написания К. Ясперсом своего труда «Общая психопатология» (1913 г.) и на первый взгляд является достаточно простым. Иллюзия — искаженное восприятие реально существующего объекта или явления, допускающее неоднозначную интерпретацию (то есть, если X принять за Y, — это иллюзия). Галлюцинации же характеризуются возникновением в сознании внешнего образа без раздражителя (то есть, ничего приняв за Y — это галлюцинация). Однако, на практике это разграничение бывает не так однозначно, галлюцинации могут провоцироваться внешними факторами (например, пациент начинает слышать «голоса», когда включается пылесос). Выделяют разновидности иллюзий: физические, оптические, физиологические, аффективные, парейдолические и др. Галлюцинации различают истинные, ложные (псевдогаллюцинации), императивные, элементарные, гипнагогические, гипнапомпические, функциональные и др. Галлюцинации могут затрагивать любые органы чувств, но чаще встречаются слуховые и зрительные галлюцинации.

В. А. Гиляровский в своем руководстве по психиатрии (1935 г.) приводит следующее определение галлюцинаций: «галлюцинации — это чувственные переживания прежних восприятий без наличия соответствующих им новых внешних раздражений» [1]. Американская психологическая ассоциация определяет галлюцинации как «ложное сенсорное восприятие, имеющее ощущение реальности вопреки отсутствию внешнего сенсорного стимула» [6]. Псевдогаллюцинациями К. Ясперс (1911 г.) назвал яркие образы с гораздо более выраженным сенсорным содержанием, чем обычные образы и мысли [2]. Они близки нормальному сенсорному восприятию, однако, имеют характер субъективности и возникают во внутреннем пространстве субъекта. Позднее Ф. Краурл Taylor (1981 г.) дал две возможных трактовки псевдогаллюцинаций: А) галлюцинаторный опыт, при котором недостаточно выражены свойства реальности (не рассматриваются как истинное восприятие пациентом); В) субъективно воспринимаемые образы выраженной яркости и чистоты. [4]. Возможно рассматривать континуум от истинных галлюцинаций, иллюзий, псевдогаллюцинаций до внутренних зрительных образов.

В случае пациента А. можно думать об аффектогенных иллюзиях, когда в состоянии страха, тревоги, усталости и плохой освещенности появлялся вдалеке неясный «дух отца». С другой стороны, наблюдавшиеся нарушения восприятия можно расценивать как функциональные галлюцинации, когда мнимый предмет или явление воспринимается на фоне реально существующего, действующего на тот же анализатор (например, в шорохе листьев, журчании воды человек слышит человеческую речь). Функциональные галлюцинации также характерны для ситуаций стресса, переутомления, низкой сенсорной и социальной стимуляции. На наш взгляд не столь важно классифицировать выявленный феномен как иллюзию или как галлюцинацию, но гораздо важнее определить, является ли это симптомом серьезного психического расстройства и требует ли лечения.

Зрительные галлюцинации часто являются симптомом поражения головного мозга (нейродегенеративные заболевания, опухоли), поэтому в вышеописанном случае нами было проведено тщательное обследование пациента (магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография

с картированием и др.), не выявившее никаких существенных изменений. Также был исключен факт употребления психоактивных веществ.

Следует упомянуть сложности разграничения нормы и патологии, характерные для большинства психических симптомов, даже психотического уровня, в том числе галлюцинаций. По данным J. Van Os (2001) около 17,5 % лиц в общей популяции имеют «психотический опыт» (нарушения восприятия, магическое мышление), при этом никогда не обращаются к специалистам за помощью [7]. В исследовании Posey T. (1983) 375 здоровым студентам предлагался опросник на различные типы вербальных галлюцинаций. Вопросы формулировались примерно так: «Почти каждое утро, когда я делаю работу по дому, я веду приятный разговор со своей умершей бабушкой. Я говорю ей, и достаточно часто слышу действительно ее голос... Было ли у вас что-нибудь похожее?». Положительно ответило 5% опрашиваемых, которые подтвердили, что испытывали подобные переживания [5]. На основании исследований больших выборок из общей популяции показано, что 2—5% здоровых лиц испытывали галлюцинации (не связанные с употреблением психоактивных веществ). Интересными являются упоминания о наличии галлюцинаторного опыта у таких известных людей, как Сократ (слышал «голоса», которые руководили им в принятии решений), Галилей (слышал голос своей умершей дочери), Махатма Ганди, З. Фрейд (упоминал в своих записях: «В те дни, когда я жил один в чужом городе... я достаточно часто слышал, как явный, любящий голос внезапно звал меня; затем я замечал точный момент галлюцинации и в тревоге расспрашивал тех, кто был дома о происходящем в это время.») и др. [2].

В то же время галлюцинации встречаются у 53 % больных шизофренией, у 28% пациентов с аффективными нарушениями, характерны для делирия (вследствие интоксикации, побочных эффектов лекарств, печеночной энцефалопатии и др.), встречаются при эпилепсии, опухолях головного мозга, потере слуха, сифилисе и т.д. [2]. Ключевым моментом установления диагноза психического расстройства у пациента А. является оценка его социальной адаптации и сопутствующих симптомов. Как видно из описания случая, у пациента отсутствуют расстройства сознания, мышления, эмоций, памяти, внимания, интеллекта. При этом он остается социально адаптированным, нарушения восприятия существенно не повлияли на поведение пациента (продолжал выполнять свои воинские задачи в наряде, обратился за консультацией психолога только по рекомендации сослуживцев). Не выявлено данных за органическое поражение головного мозга.

Существуют значимые культуральные особенности в восприятии галлюцинаций и иллюзий. В западноевропейской, североамериканской культурах доминирует рационально-научный подход, стремление разграничить реальный и воображаемый опыт; негативная реакция на галлюцинации. В других культурах (страны Азии, Африки) часто нет тенденции к жесткому разграничению реального и воображаемого опыта; поощряется фантазирование, присутствует более открытое и позитивное отношение к галлюцинациям. Галлюцинации играют существенную роль в ритуальных практиках 62% культур, при этом, как правило, без сопутствующего употребления галлюциногенов (Bourguignon, 1970). Даже в рамках одной нозологии (шизофрения) в странах «западной» культуры у больных шизофренией доминируют слуховые галлюцинации, зрительные галлюцинации развиваются у более тяжелых па-

☆ Вопросы военно-врачебной экспертизы

циентов. В странах Африки, Азии у больных шизофренией доминируют зрительные галлюцинации [2]. Содержание галлюцинаторных переживаний также носит культуральный подтекст, отражает веяния времени. Например, если в средние века доминировала религиозная тематика галлюцинаций (послание от бога или святых, вмешательство ангелов или демонов), в настоящее время доминируют персекуторные, технологические темы (телевидение, радио, интернет и др.). При анализе записей о психиатрических пациентах Вены за 100 лет (Lenz, 1964) отмечалось снижение числа зрительных галлюцинаций, рост числа вербальных.

В случае пациента А. можно видеть отчетливое культуральное влияние (религиозная семья, в которой соблюдались ритуалы поминовения усопшего, вера в «упокоение души»), когда в годовщину смерти отца, в ситуации стресса пациент видел «дух отца».

Таким образом, описываемый нами случай отражает сложность разграничения нормы и патологии при нарушениях восприятия. Для установления диагноза необходимо тщательное соматическое обследование для исключения возможных причин возникновения симптома, а также необходимо учитывать личностные, ситуационные и культуральные особенности пациента.

Литература

1. *Гиляровский, В. А.* Психиатрия. Руководство для врачей и студентов/ Гиляровский, В. А. / Государственное издательство биологической и медицинской литературы Москва — Ленинград, 1935. — С. 314.
2. *Aleman, A.* Hallucinations. The science of Idiosyncratic Perception / A. Aleman, F. Laroi / American psychological Association, Washington, DC. — 2008. — 317 p.
3. *Johns, L. C.* The continuity of psychotic experiences in the general population / L. C. Johns, J. van Os // *Clinical Psychology Review.* — 2001. — V. 21. — P. 1125–1141.
4. *Kraupl Taylor, F.* On pseudohallucinations / F. Kraupl Taylor // *Psychological medicine.* — 1981. — V. 11. — P. 265–271.
5. *Posey, T.* Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. / T. Posey, ME. Losch // *Imagination, Cognition, and Personality.* — 1983. — V. 2. — P. 99–113.
6. *VandesBos, G. R.* (Ed.). *APA Dictionary of Psychology.* Washington, DC.: American Psychological Association. — 2007. — 427 p.
7. *Van Os, J.* Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban — rural comparison/ J. Van Os, Hanssen M., R. V. Bijl, W. Vollebergh // *Archives of General Psychiatry.* — 2001. — V. 58. — P. 663–668.

Поступила 15.09.2016 г.