

Эволюционный анализ гебефренической шизофрении

The evolutionary analysis of hebephrenic schizophrenia



О. А. Гильбурд, профессор, д. м. н.
Oleg A. Gilburd, professor, M. D.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»
Медицинский институт, кафедра педиатрии,
курс психиатрии и наркологии

Surgut State University

E-mail: ogilbur@gmail.com

В результате клинко-этологического анализа поведения 23 больных гебефренической шизофренией установлено, что содержание их психопатологического и невербального репертуара транслируется в семантику кооперативной эволюционно стабильной стратегии поведения (ЭССП). Сделан вывод, что эволюционно-телеономический смысл существования гебефренической шизофрении в человеческом сообществе заключается в консервации и презентации семиотически гоминизированной кооперативной ЭССП, потенциально адаптивной в экологически адекватных условиях. Гиперритуализация поведения больных, утрируя и искажая изображение кооперативности, делает его особенно заметным и выпукло-детализированным.

The ethologically-sociobiological analysis of 23 hebephrenic patients behaviour has shown, that contents of their nonverbal repertoire is translated to semantics of cooperative evolutionarily stable strategy of behaviour (ESSB). The conclusion, that the evolutionarily-teleonomic sense of existence of a hebephrenic schizophrenia in human society consists in conservation and presentation semiotically hominized cooperative ESSB, potentially adaptive in ecologically adequate conditions, is made. Hyperritualization of patients behaviour, overdoing and deforming the image of cooperativity, makes it especially appreciable and is convex-detailed.

Интродукция

В рамках эволюционной парадигмы психическая патология считается облигатным фактором эволюции человека [8, 10] – новый модус психического функционирования и поведения вначале возникает как отклонение от стандарта, т.е. как патология, а затем, обнаруживая свою адаптивность в изменившихся экологических условиях, тиражируется и становится вариантом нормы. В этом процессе ряд авторов предполагают особую гоминизирующую роль шизофрении [1, 2, 10, 15].

В наших публикациях, посвященных клинко-социобиологическому анализу кататонической формы шизофрении [3, 4], было отмечено, что именно интерпретация семиотики шизофренических психозов в контексте «социальной этологии» [9] способна прояснить происхождение и телеономическое значение шизофренических психозов в антропосоциогенезе [2, 24, 26, 28].

Само исследование, основанное на сочетании социобиологического, эволюционно-телеономического и аналитико-семиотического подходов, включало в себя изучение психопатологического и этологического репертуара больных, группировку выявленных симптомов, а также элементов, простых и сложных форм невербального поведения по метасемантическим рядам, из которых складывается целостный текст кататонической семиотики, и, наконец, трансляцию последнего в семантику конкретной эволюционно стабильной стратегии поведения (ЭССП) [3, 4, 8, 25]. В итоге было установлено, что невербальное поведение больных кататонической шизофренией в фиксированной гиперритуализованной форме демонстрирует конфликтно-иерархическую стратегию агональности – наиболее архаичную в природе и получившую «человеческое» оформление, вероятно, 2–1,5 млн лет назад у *Homo habilis*, который уже умел охотиться [21].

Результирующий вывод заключался в том, что эволюционно-телеономический смысл персистирующей кататонической шизофрении в человеческом сообществе, символически представленный в коммуникативном «месседже» поведенческого текста больных, заключа-

ется в консервации и презентации семиотически гоминизированной агональной ЭССП, которая является потенциально адаптивной при условии экологически адекватной реализации; при этом свойственная шизофрении гиперритуализация поведения [8], выпячивая, утрируя и искажая изображение агональности, делает его отчетливо контурированным и заметным для социума [3, 4].

Ранее, формулируя рабочую гипотезу о том, что социобиологическим базисом той или иной клинической формы шизофрении является экологически неадекватно фиксированная ЭССП, мы отмечали, что, в частности, гебефреническая форма в этом аспекте особенно иллюстративна [2]. Ниже приводятся основные аналитические данные, касающиеся семиотической трансляции клинко-психопатологического и поведенческого текста гебефренических больных в семантику конкретной ЭССП.

Материал и методология

Исследуемую когорту составили 23 больных (18 мужского и 5 женского пола) кататонически верифицированной гебефренической шизофренией, первично госпитализированных в психиатрический стационар Сургутского клинического психоневрологического диспансера и в дальнейшем находившихся под нашим динамическим наблюдением в 1986–2000 гг. К моменту дебюта шизофрении возраст всех больных соответствовал препубертатному либо пубертатному периоду (в среднем $15,5 \pm 2,1$ года). Средняя длительность катамнеза составила $7,5 \pm 4,2$ года.

Регистрация и формализованная оценка клинической семиотики у больных гебефренической шизофренией проводились с использованием разработанной нами 7-балльной шкалы формообразующих и фоновых признаков (Form-Constitutive and Background Signs Scale, сокращенно – FABSS), включающей 113 клинко-психопатологических признаков [5]. Критерии формализованной оценки степени выраженности признака по FABSS были следующими:

1 балл: отсутствует – определение признака неприменимо.

Интерпретация семиотики шизофренических психозов в контексте «социальной этологии» способна прояснить происхождение и телеономическое значение шизофренических психозов в антропосоциогенезе.

В 30-е годы прошлого века представления различных авторов о психопатологическом спектре гебефрении варьировались от смыкания с шизоидной психопатией и невротами до отнесения ее к узкой категории т.н. «шизофренических катастроф».

2 балла: минимальная – сомнительная патология, предположительно, верхняя граница нормы.

3 балла: умеренная – признак присутствует непостоянно, подвергается субъективной критической оценке и не влияет на поведение и социальные отношения.

4 балла: средняя – признак присутствует постоянно, подвергается субъективной критической оценке, но иногда, чтобы сохранить обычное поведение и социальные отношения, больной вынужден прилагать значительные волевые усилия.

5 баллов: средневыраженная – признак присутствует постоянно, иногда проявляется в высказываниях, поведении или влияет на социальные отношения, субъективная критическая оценка недостаточная.

6 баллов: выраженная – признак присутствует постоянно, отчетливо проявляется в высказываниях, поведении, влияет на социальные отношения, субъективная критическая оценка отсутствует.

7 баллов: крайне тяжелая – признак присутствует постоянно, доминирует в подавляющем большинстве аспектов жизни больного, часто это проявляется в неадекватных и безответственных поступках, которые могут представлять опасность для пациента или окружающих.

Регистрация и формализованная оценка этологической семиотики у пациентов с гебефренической формой проводилась с использованием специально разработанной нами 7-балльной шкалы этологических признаков человека (Human Ethological Signs Scale, сокращенно – HESS), включающей 174 поведенческих признака [5]. Критерии формализованной оценки степени выраженности признака по HESS были следующими:

1 балл: отсутствует – определение признака неприменимо.

2 балла: минимальная – сомнительное присутствие признака.

3 балла: умеренная – признак возникает на короткое время, регу-

лярно, проявляется отчетливо, преимущественно в ситуационном (средовом) контексте.

4 балла: средняя – признак возникает на короткое время, регулярно, проявляется отчетливо, в том числе вне ситуационного (средового) контекста.

5 баллов: средневыраженная – признак возникает часто, проявляется отчетливо, преимущественно вне ситуационного (средового) контекста и сохраняется достаточно продолжительное время.

6 баллов: выраженная – признак присутствует почти постоянно, проявляется отчетливо, всегда вне ситуационного (средового) контекста.

7 баллов: ярко выраженная – признак присутствует постоянно, акцентирован в общем репертуаре поведения, проявляется всегда вне ситуационного (средового) контекста.

Подсчитывалась частота встречаемости каждого признака, после чего все признаки, выявленные более чем у 50 % больных, рассматривались как формообразующие FABSS- и HESS-маркеры и были сгруппированы в соответствующие гебефренические FABSS- и HESS-кластеры: формоспецифический – с частотой 100 %, формотипический – с частотой < 100 %, но ≥ 80 % и формоаффилированный – с частотой < 80 %, но ≥ 50 %. Все прочие признаки были отнесены к клиническому либо этологическому фону, который не определяет коммуникативно значимую семантику целостного текста клиники и невербального поведения больных гебефренической шизофренией.

Клиническая семиотика

Гебефрении, согласно классическим представлениям, присущ значительный полиморфизм симптоматики с психомоторным возбуждением, выраженной диссоциацией мышления, яркими поведенческими нарушениями, фрагментарными бредовыми идеями и нестойкими обра-

нами восприятия [16]. К. Кальбаум [19] описал гебефренные состояния без острой психотической симптоматики, названные им гебоидофренией, которая сегодня рассматривается как «облегченный вариант классической гебефренической формы» [7]. В докрепелиновскую эру гебефрению относили к группе т.н. «сумасшествия периода возмужалости» [14]. Э. Крепелин [20], включив гебефрению в рамки раннего слабоумия, дал крайне пестрое клиническое изложение симптоматики, а Э. Блейлер [12] был склонен считать гебефрению сборной группой психических заболеваний. В 30-е годы прошлого века представления различных авторов о психопатологическом спектре гебефрении варьировались от смыкания с шизоидной психопатией и невротами [23] до отнесения ее к узкой категории т.н. «шизофренических катастроф» [22]. Спустя более чем полвека в США по не вполне понятным соображениям «гебефреническая» форма была переименована в «дезорганизованную» [13], что не получило международного признания.

По нашим многолетним наблюдениям, у всех пациентов этой ныне довольно малочисленной категории заболевание началось в препубертате, либо подростковом, либо в юношеском возрасте, в связи с чем инициальный период психоза часто воспринимался окружающими как искажение пубертатного криза. В личностном преморбиде преобладали диссоциальные и диссоциативные черты; отмечалось ускоренное половое созревание, гомосексуальные тенденции.

В манифестном периоде наблюдались регрессии речи (инвективы), сексуальности (случайные и аномальные половые связи) и других инстинктивных форм поведения (поедание несъедобного, бесцельная дромомания, неряшливость). На первом плане в психическом состоянии больных присутствовали дурашливое веселье, нелепые поступки, манерность, гримасничанье, вычурная клоунада, склонность к плоским шуткам, рифмованию, часто отмечались вербигерации. Наряду с этим имелись склонности к бесплодному мудрствованию, занятию высокими проблемами, не соответствующими возрасту, знаниям и пре-

жним интересам. При остром течении психоза поведение больных складывалось скорее из движений, чем из поступков, а характер высказываний не позволял составить определенное суждение об их переживаниях. При подостром развитии гебефрении часто отмечались несистематизированный нелепый бред и галлюцинации, которые всегда были фрагментарны. Во всех случаях с большей или меньшей степенью отчетливости прослеживалась характерная триада симптомов [6]: тикоподобные «гимнастические» гримасы, феномен «бездействия мысли» с безмотивностью поступков и беззаботно-блаженное, бессодержательно-веселое настроение (непродуктивная эйфория). Вместе с тем диссоциация мышления у гебефренных пациентов была заметно меньше чем, например, при кататоническом возбуждении.

В свою очередь, кататонические компоненты в виде стереотипии поз, ритмического раскачивания, неуклюжести моторики, незаконченности жестов, застывания обычно утяжеляли клинику и течение болезни.

Характерным было выраженное эмоциональное опустошение, нарастающее обеднение побуждений, ассоциативная разорванность, быстро прогрессирующий распад личности. При этом общий психопатологический репертуар оставался прежним: больные (мужчины) гримасничали, красили губы, надевали на голову дамский платок, дурачились, передразнивали окружающих, мудрствовали и одновременно открыто онанировали, играли роль противоположного пола, часто бывали прожорливы, иногда становились театрално-патетичными. Женщины чаще бывали пуэрильны, сюсюкали, утрированно кокетничали, нелепо заигрывали, отличались гиперсексуальностью и склонностью к эксгибиционизму.

Течение гебефренической шизофрении чаще было непрерывным либо эпизодическим с нарастающим дефектом, в структуре которого аутистические черты личности сочетались с диссоциальными.

В целом обращали на себя внимание пестрое разнообразие и яркий «психотизм» клинических признаков, фрагментарность и нестойкость

Прослеживалась характерная триада симптомов [6]: тикоподобные «гимнастические» гримасы, феномен «бездействия мысли» с безмотивностью поступков и беззаботно-блаженное, бессодержательно-веселое настроение (непродуктивная эйфория).

К формообразующим HESS-маркерам гебефренической шизофрении были отнесены 67 признаков, которые составили соответственно формоспецифический, формотипический и формоаффилированный гебефренические HESS-кластеры.

кататонических и галлюцинаторно-бредовых компонентов гебефрени, что напоминало лоскутную мозаичность и рудиментарность симптоматики недифференцированной шизофрении и порой затрудняло отграничение от последней.

К клиническим формообразующим маркерам гебефренической шизофрении были отнесены 47 признаков, составляющих соответственно формоспецифический, формотипический и формоаффилированный FABSS-кластеры. Остальные 66 FABSS-признаков образовали психопатологический фон данной клинической формы болезни, представленный типично-фоновым, случайно-фоновым и атипично-фоновым гебефреническими FABSS-кластерами.

Интерпретация смысла клинической семиотики гебефренической формы шизофрении позволила дискриминировать следующие четыре метасемантических ряда FABSS-маркеров.

1. Признаки привлечения внимания: манерность, нелепость поступков, двигательное возбуждение, гипербулия, расторможенность влечений, «гимнастические» гримасы, эмоциональная неадекватность, склонность к эксгибиционизму, чудаческий образ жизни, соматические галлюцинации, бред особого значения.

2. Признаки коммуникации: плоские шутки, вербигерация, эхολалия, истинные слуховые галлюцинации, псевдогаллюцинации, антагонистические галлюцинации, психопатоподобные нарушения, идеаторные автоматизмы, бред воздействия, ускорение темпа ассоциаций, бред преследования, бред двойников.

3. Признаки игры: дурашливость, клоунада, амбитендентность, эмоциональная амбивалентность, амбивалентность мышления, парабулия, склонность к трансвестицизму, повышенный фон настроения, передразнивание, рифмование, бред воображения, фантастический бред, бред метаморфоза, рудиментарность симптомов, мозаичность симптомов.

4. Общепсихотические признаки регресса и диссоциации психической деятельности: «бездействие мысли», безмотивность поступков,

нивелировка личности, редукция энергетического потенциала, эмоциональная холодность, философическая (метафизическая) интоксикация, утрата пантомимической грации, актуализация второстепенных признаков в мышлении, двигательный хаос.

Предварительный эволюционно-телеономический анализ клинической семиотики гебефренической шизофрении показал, что присущие ей FABSS-маркеры утрированно символизируют эволюционно прогрессивное (по сравнению с архаическим конкурентным взаимодействием) стремление к налаживанию и умножению интерперсональных контактов, группированию и социализации, сопровождающееся искаженными «увеличительной линзой болезни» попытками использовать для достижения этих целей еще дефицитарную и дезорганизованную вторую сигнальную систему с ее ассоциативной разорванностью и непродуктивным абстрагированием.

Этологическая семиотика

В целом, по нашим наблюдениям, у больных гебефренической шизофренией отмечались высокая динамичность элементарных единиц мимики, моторики рук, компонентов области рта и бровей, повышенная подвижность оральной области, чрезмерно выраженные проявления приветствия.

Жестикуляция больных всегда была оживлена, часто регистрировались жесты объятий, демонстрации; отмечались интенсивный груминг и все варианты активного манипулирования. В общей стилистике поведения преобладал игровой компонент, отмечались обжорство, влечение к отбросам и экскрементам, сексуальная расторможенность, повышенная тенденция к группированию и инвективной речи; наблюдалась яркая ритуализация компонентов имитационного поведения.

К формообразующим HESS-маркерам гебефренической шизофрении были отнесены 67 признаков, которые составили соответственно формоспецифический, формотипический и формоаффилированный гебефренические HESS-кластеры. Остальные 107 HESS-признаков образовали фоновый репер-

туар невербального поведения больных гебефренической формой шизофрении, включающий соответственно типично-фоновый, случайно-фоновый и атипично-фоновый гебефренические HESS-кластеры.

В ходе изучения этологической семиотики гебефренической шизофрении обратило на себя внимание то несомненное обстоятельство, что степень гиперритуализации невербального поведения гебефренических больных заметно выше, чем у кататоников. Это свидетельствует о повышенной коммуникативной значимости смыслового «месседжа», заключенного в поведенческом тексте представителей исследуемой когорты.

Анализ метасемантики невербального поведения больных гебефренической шизофренией позволил выделить четыре смысловых составляющих, каждой из которых соответствует определенный набор формообразующих HESS-маркеров:

1. Привлечение внимания. Сюда отнесены следующие формообразующие признаки – постоянно поднятые брови, блестящие глаза, запрокидывание головы, жест демонстрации, поза Наполеона с мимикой презрения (пренебрежения) и отклонением назад туловищем, татуировка и раскраска тела, нелепая стилистика одежды или косметики, подчеркивание отдельных деталей одежды, маркировка территории личными предметами, украшениями или испражнениями, хлопок, громкая речь, манипулирование предметами, одеждой, пищей.

2. Налаживание контактов и собственно коммуникация (в т.ч. сексуальная). Данный метасемантический ряд поведения обозначен такими маркерами – жесты приветствия, обращения, объятия и завершенного действия, кивок, флаш, расширенные веки, подмигивание, взгляд в лицо, углы рта вверх, оральные движения вне речи, диссоциированная или хоботковая улыбка, колени угол более 90°, поза наездника, наклон туловища вперед, установочные движения по

отношению к стимулу (таксис), быстрое вторжение на территорию, хоботок и поцелуй, аллогруминг, эхо-паттерны, индуцированное поведение, комплекс «приближения-удаления», поведение соблазнения, домогательства, прямая сексуальная агрессия, гомосексуальность, стабильное индивидуальное расстояние в ходе контакта.

3. Игра. Здесь представлена в предельно утрированном виде сложная форма собственно игрового поведения с искажением или растягиванием отдельных звуков, «игрой» пальцами, демонстрацией кукиша, полиморфными сочетанными и изолированными гиперкинезами, вычурной походкой, искаженно-ритуализованным и шаржированным подражанием, экстремальными проявлениями потенциально губельного поведения.

4. Общий регресс и диссоциация поведения. К данной эклектически организованной группе отнесены внеситуационная ритуализация, прикосновение ртом к предмету, облизывание, сплевывание, копрофагия, вертикальные морщины на лбу, взгляд в сторону, жест отстранения, синдром зеркала в сочетании с аутогрумингом, хаотичное перемещение по территории с миграцией и хомингом.

Таким образом, целостный диссоциативно-регрессивный текст поведения больных гебефренической шизофренией в фиксированной гиперритуализованной форме представляет более гибкую и адаптивную (в сравнении с жестким, инвариантным оппозиционно-конкурентным соперничеством) модель поведения, ориентированного на группирование и социализацию, что комплексно контексту клинической семиотики гебефренической шизофрении.

Последовательное сопоставление метасемантических рядов гебефренической шизофрении с метасемантикой различных эволюционно стабильных стратегий поведения человека позволило сделать вывод об уверенной семиотической трансляции гебефренической шизофрении в контекст кооперативной ЭССП [5] (табл. 1)

Анализ метасемантики невербального поведения больных гебефренической шизофренией позволил выделить четыре смысловых составляющих, каждой из которых соответствует определенный набор формообразующих HESS-маркеров...

Социобиология гебефренической шизофрении

Таблица 1

МЕТАСЕМАНТИЧЕСКИЕ РЯДЫ		
Гебефреническая форма шизофрении (дискурсивно значимые паттерны)		Кооперативная эволюционно стабильная стратегия поведения человека
Клинические (FABSS-маркеры)	Этологические (HESS-маркеры)	
<p>I. Признаки привлечения внимания: ¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - манерность ¹ - нелепость поступков ¹ - двигательное возбуждение ¹ - гипербулия ¹ - расторможенность влечений ¹ - «гимнастические» гримасы ¹ - эмоциональная неадекватность ¹ - склонность к эксгибиционизму ¹ - чудаческий образ жизни ¹ - соматические галлюцинации ¹ - бред особого значения ¹ 	<p>I. Привлечение внимания: ¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - постоянно поднятые брови² - блестящие глаза ³ - запрокидывание головы ⁴ - жест демонстрации ⁵ - татуировки (раскраска тела) ⁶ - нелепая стилистика одежды (косметики) ⁷ - подчеркивание отдельных деталей одежды ⁸ - маркировка территории личными предметами, украшениями или испражнениями⁹ - хлопок ¹⁰ - громкая речь ¹¹ - манипулирование предметами, одеждой, пищей ¹² - поза Наполеона ¹ - мимика презрения (пренебрежения) ¹ 	<p>I. Привлечение внимания: ¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - брови постоянно поднятые² - блестящие глаза ³ - запрокидывание головы ⁴ - жест демонстрации ⁵ - татуировки (раскраска тела) ⁶ - нелепая стилистика одежды (косметики) ⁷ - подчеркивание отдельных деталей одежды ⁸ - маркировка территории личными предметами, украшениями, мусором, испражнениями⁹ - хлопок ¹⁰ - громкая речь ¹¹ - манипулирование одеждой и предметами ¹² - горизонтальные морщины на лбу ¹ - непрерывное моргание ¹
<p>II. Признаки коммуникации: ¹³</p> <ul style="list-style-type: none"> - плоские шутки ¹³ - вербигерация ¹³ - эхолалия ¹³ - истинные слуховые галлюцинации ¹³ - псевдогаллюцинации ¹³ - антагонистические галлюцинации ¹³ - психопатоподобные нарушения ¹³ - идеаторные автоматизмы ¹³ - бред воздействия ¹³ - ускорение темпа ассоциаций ¹³ - бред преследования ¹³ - бред двойников ¹³ 	<p>II. Коммуникация (в т.ч. сексуальная): ¹³</p> <ul style="list-style-type: none"> - жесты приветствия, обращения, объятия ¹⁴ - кивок ¹⁵ - флаш ¹⁶ - расширенные веки ¹⁷ - подмигивание ¹⁸ - взгляд в лицо ¹⁹ - углы рта вверх ²⁰ - коленный угол более 90° ²¹ - туловище то наклонено вперед, то отклонено назад²² - установочные движения по отношению к стимулу (таксис)²³ - быстрое вторжение на территорию ²⁴ - поцелуй ²⁵ - аллогруминг ²⁶ - эхо-паттерны ²⁷ - индуцированное поведение²⁸ - комплекс «приближения – удаления» ²⁹ - поведение соблазнения и домогательства ³⁰ - прямая сексуальная агрессия ¹³ - гомосексуальность ¹³ - стабильное индивидуальное расстояние в ходе контакта ¹³ - поза наездника ¹³ - диссоциированная или хоботковая улыбка ¹³ - оральные движения вне речи ¹³ - жест завершенного действия ¹³ - хоботок ¹³ 	<p>II. Межиндивидуальная коммуникация (в т.ч. сексуальная): ¹³</p> <ul style="list-style-type: none"> - жесты приветствия, обращения, объятия ¹⁴ - кивок ¹⁵ - флаш ¹⁶ - расширенные веки ¹⁷ - подмигивание ¹⁸ - взгляд в лицо ¹⁹ - углы рта вверх ²⁰ - коленный угол 90° и более²¹ - туловище то наклонено вперед, то отклонено назад ²² - установочные движения по отношению к стимулу (таксис)²³ - быстрое вторжение на территорию ²⁴ - поцелуй ²⁵ - аллогруминг ²⁶ - эхо-паттерны ²⁷ - индуцированное поведение²⁸ - комплекс «приближения – удаления» ²⁹ - поведение соблазнения и домогательства ³⁰ - мимика удивления (в т.ч. изумления) ¹³ - улыбка с оскалом ¹³ - полускал ¹³ - индивидуальное расстояние сокращается в ходе контакта ¹³
<p>III. Признаки игры: ³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - дурашливость ³¹ - клоунада ³¹ - амбигуальность ³¹ - эмоциональная амбивалентность ³¹ - амбивалентность мышления ³¹ - парабулия ³¹ - склонность к трансвестизму ³¹ - повышенный фон настроения ³¹ - передразнивание ³¹ - рифмование ³¹ - бред воображения ³¹ - фантастический бред ³¹ - бред метаморфоза ³¹ - рудиментарность симптомов ³¹ - мозаичность симптомов ³¹ 	<p>III. Игра: ³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - собственно игровое поведение ³² - искажение или растягивание отдельных звуков ³³ - «игра» пальцами ³⁴ - демонстрация кукиша ³⁵ - полиморфные сочетанные и изолированные гиперкинезы³⁶ - вычурная походка ³⁷ - искаженно-ритуализованное и шаржированное подражание ³⁸ - экстремальные проявления потенциально гибельного поведения ³⁹ 	<p>III. Игра: ³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - собственно игровое поведение ³² - искажение или растягивание отдельных звуков ³³ - «игра» пальцами ³⁴ - демонстрация кукиша ³⁵ - полиморфные гиперкинезы различных частей тела ³⁶ - вычурная походка ³⁷ - искаженно-ритуализованное и шаржированное подражание ³⁸ - совместные потенциально гибельные акции ³⁹
<p>IV. Общепсихотические признаки регресса и диссоциации психической деятельности: ⁴⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> - «бездействие мысли» ⁴⁰ - безмотивность поступков, нивелировка личности ⁴⁰ - редукция энергетического потенциала ⁴⁰ - эмоциональная холодность ⁴⁰ - философическая (метафизическая) интоксикация ⁴⁰ - утрата пантомимической грации ⁴⁰ - актуализация второстепенных признаков в мышлении ⁴⁰ - двигательный хаос ⁴⁰ 	<p>IV. Общий регресс и диссоциация поведения: ⁴⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> - внеситуативная гиперритуализация ⁴¹ - синдром зеркала в сочетании с аутогрумингом ⁴² - хаотичное перемещение по территории ⁴³ - миграция с хомингом ⁴⁴ - прикосновение ртом к предмету ⁴⁰ - облизывание ⁴⁰ - сплевывание ⁴⁰ - копрофагия ⁴⁰ - вертикальные морщины на лбу, взгляд в сторону ⁴⁰ - жест отстранения ⁴⁰ 	<p>IV. Регресс и дезорганизация поведения, обусловленные ситуационным стрессом: ⁴⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> - ситуационная ритуализация поведения ⁴¹ - синдром зеркала в сочетании с аутогрумингом ⁴² - хаотичное перемещение по территории ⁴³ - миграция с хомингом ⁴⁴ - взгляд в сторону ⁴⁰ - круговые треки ⁴⁰ - инверсия ритма «сон – бодрствование» ⁴⁰

Обсуждение

результатов и выводы

Высокая ресурсоемкость и низкая результативность агонистической ЭССП [25] не обеспечивали ранним гоминидам стабильного эволюционного успеха. Необходимость модификации поведения в сторону облегчения и расширения групповых коммуникаций, повышения уровня внутривидовой социализации [11, 27], в т.ч. путем «экспериментального», но неумелого использования вербальных и эмоциональных знаков (клинически распознаваемых как разорванность мышления, «бездействие мысли», вербигерация, формальное рифмование, беззаботная веселость), привела к контурированию гебефренного поведенческого репертуара [2, 15], который утрированно символизирует стратегию объединения и партнерства. Отчетливые тенденции к группированию, по мнению антропологов, стали обнаруживаться на следующем (после *Homo habilis*) эволюционном этапе с появлением *Homo erectus* («человека выпрямленного»), который существовал на планете от 1,6 млн до 200 тыс. лет назад [21].

По-видимому, эволюционно-телеономический смысл существования гебефренической шизофрении в человеческом сообществе, символически представленный в коммуникативном «месседже» поведенческого текста больных, заключается в консервации и презентации семиотически гоминизированной кооперативной ЭССП, которая является потенциально адаптивной при условии экологически адекватной реализации. При этом болезненный механизм внеситуативной гиперритуализации обеспечивает эффект «увеличительной линзы», которая, утрируя и искажая изображение кооперативности, делает его особенно заметным и выпукло-детализированным для социума.

Клиническая иллюстрация. В качестве своеобразного «бонуса» вниманию читателей предлагается описание и краткий анализ случая типичной гебефренической шизофрении из личных наблюдений автора.

Больной П-у, 1974 года рождения, молдаванин, наблюдался в Сургутском клиническом психоневрологическом диспансере в 1987–1995 гг.

Анамнез. Родился в г. Тирасполе третьим из троих детей в семье рабочих. Отец П-у с юношества был склонен к дисциплинарным нарушениям, асоциальным поступкам, был дважды судим за хулиганство, один раз – за разбойное нападение; часто алкоголизировался, избивал мать и детей, надолго уходил из дому, сожительствовал с другими женщинами, а когда те выгоняли – возвращался; любил носить кольца, перстни, цепочки с массивными цветными кулонами, одежду с множеством блестящих застежек-молний, заклепок, металлических пуговиц. Обильно татуировал свое тело, находясь в местах лишения свободы. В воспитании сына практически не участвовал, пытался с раннего возраста приучить его к курению. Мать была тихой, заботливой, безропотной, трудолюбивой женщиной, всю себя отдала дому, хозяйству, детям. Родила П-у в возрасте 38 лет после тяжелой беременности, протекавшей с постоянной угрозой выкидыша; роды были затяжными, ребенок родился с признаками «синей» асфиксии и оценкой по шкале Апгар – 5 баллов. Старший брат с 20-летнего возраста болен шизофренией преимущественно с двигательными нарушениями, последние годы проводил в основном в психиатрическом стационаре. Средний брат нелюдимый, холодный, склонный к бродяжничеству, в 9-летнем возрасте пытался ножницами отрезать хвост котенку.

П-у рос и развивался нормально. В раннем детском возрасте отмечались кратковременные периоды психомоторной расторможенности, непоседливости. В возрасте 2 лет вместе с семьей переехал на постоянное жительство в пос. Угут Сургутского района. В детском саду плохо укладывался в общий режим группы, был непослушен, постоянно отнимал у других детей самые яркие и большие игрушки, часто разламывал на части

В табл. 1 одинаковая цифровая индексация указывает на смысловое либо знаково-смысловое совпадение дискурсивно значимых паттернов; верхний индекс означает детальную семантико-семиотическую, а нижний индекс – преимущественно семантическую взаимную трансляцию.

Преследовал своими ухаживаниями 16-летнюю девушку из соседнего дома, караулил ее у подъезда, стремился ущипнуть за ягодицы, ухватить за грудь, обнять, делал ей непристойные предложения, перемежая их угрозами расправы в случае отказа, плевками в ее сторону, матерщиной.

куклу животного, пытаясь натянуть на себя лицевую часть головы игрушечного медведя или зайца. В дошкольном возрасте болел простудными заболеваниями, корью, ветряной оспой; черепно-мозговых травм, эпилептических припадков, длительного ночного энуреза, сногворений или снохождений не отмечалось.

В школу пошел с 7 лет. С самого начала зарекомендовал себя как нарушитель дисциплины, на уроках вертелся, мешал учителю, скучая на занятиях, «строил страшные рожи» одноклассникам. Учился посредственно, хотя, по мнению учителей, мог бы лучше – «если бы взялся за ум, не прогуливал, делал домашние задания»; по словам матери, из всех братьев «был самым сообразительным», но трудноуправляемым. Классы не дублировал, хотя несколько раз был на грани исключения из школы по дисциплинарным причинам. Курит с 8 лет, с алкоголем познакомился в 10-летнем возрасте – тайком выпил полбутылки портвейна, который нашел дома на кухне, опьянел, за что был сильно избит подвыпившим отцом. После этого случая стал более раздражительным, самолюбивым, нетерпимым к критике, злопамятным, мстительным. Группировался с детьми старше себя по возрасту. С 11 лет периодически в компании асоциальных подростков курил анашу, часто исчезал из дому, совершал мелкие кражи, участвовал в уличных драках, был рано поставлен на учет в инспекции по делам несовершеннолетних. По словам матери, речь П-у к 12–13 годам была пропитана «блатным» сленгом, изобиловала ругательствами, а к моменту манифестации психоза состояла практически из нецензурной брани. Взрослых, которые пытались позитивно повлиять на поведение П-у, он публично передразнивал, утрируя их манеру говорить и одеваться. Накануне первой госпитализации стал крайне неряшлив и сексуально расторможен. Преследовал своими ухаживаниями 16-летнюю девушку из соседнего дома, караулил ее у подъезда, стремился ущипнуть за ягодицы, ухватить за грудь, обнять, делал ей непристойные предложения, перемежая их угрозами расправы в случае отказа, плевками в ее сторо-

ну, матерщиной; однажды догнал ее на четвертом этаже подъезда и обнажил перед ней эрегированный половой член, девушка успела спрятаться в своей квартире, а П-у стал непрерывно звонить в дверь, колотить в нее ногами, ругаясь и имитируя при этом высокий женский голос, ударами кулака разбил в подъезде несколько счетчиков электроэнергии. Отец девушки и еще двое мужчин из соседних квартир схватили П-у, связали его и вызвали наряд милиции. При транспортировке в милицейский участок пел «блатные» песни, постоянно сплевывал, не реагируя на замечания сопровождающих, пытался высвободиться из наручников, передразнивал милиционеров. В участке на допросе отказывался отвечать на вопросы, повторял их, утрированно имитируя интонацию, кривлялся, тарасил глаза, бессмысленно улыбался. Из милиции был под конвоем доставлен в поселковую больницу, а оттуда рейсом санавиации – в Сургут, где был 25.05.1987 г. госпитализирован в психиатрической стационар Сургутского КПНД.

Данные объективного осмотра при первой госпитализации.

Соматическое состояние. Выглядит заметно старше своих лет, рост превышает возрастную норму, телосложение астеническое с рассеянными мелкими морфологическими дисплазиями. Кожа немытая, под ногтями – давняя грязь, изо рта – неприятный запах. На теле множественные татуировки: на правом плече – свастика, на левом плече – женская кисть с заостренными красными ногтями, вокруг пупочной ямки – завитый в спираль дракон, на ягодицах – обращенные друг к другу губами лица юноши и девушки, которые при определенных движениях ягодичной мускулатуры соприкасаются в поцелуе. Внутренние органы без видимой патологии.

Неврологическое состояние. Без общемозговой, менингеальной и грубой очаговой симптоматики. Рефлексы равномерно повышены с расширением рефлексогенных зон; патологических рефлексов нет. Позу Ромберга П-у принять отказался, координаторные пробы провести также не удалось.

Психическое состояние. Сознание не помрачено, ориентирован

правильно как алло-, так и аутопсихически. Двигательная активность изобилует разнообразной избыточной мимической, жестовой и позной экспрессией, диссонирующей с речевой продукцией больного; движения расхлябанные, обращенные сразу ко всем окружающим, приветливо машет больным, подмигивает медсестрам, громко здоровается со всеми, беззлобно пересыпая свою речь нецензурной бранью. В контакте с врачом формален и крайне неадекватен. Настроение стабильно повышено вне ситуационного контекста. Таращит глаза, втягивает щеки, изображая «череп», безуспешно пытается двигать ушами. Увидев настенный календарь, в изумлении произнес: «Не зря меня сегодня привезли в больницу. Какое замечательное число – 25! Два плюс пять получится семь, семь плюс я получится семья, значит я на ней скоро женюсь!..» Не может объяснить свое поведение в подъезде накануне госпитализации: «Не знаю, что-то на меня нашло, не мог собой владеть, само получилось... Со мной так бывает в последнее время... Выходит – е...нутый я совсем на голову!» Сообщил что, когда слышит некоторые слова, возникает непреодолимое желание их повторить, не всегда удается сдержаться. Говоря о членах своей семьи, отца не упоминает вообще, холоден и подчёркнуто жесток в отзывах о матери: «Сама виновата – нечего было меня рожать. Теперь пусть расхлебывает...» – и, говоря это, дурашливо хохочет. Стремится сформировать о себе представление как о закоренелом уголовнике, «своим в доску среди воров и убийц», утверждает, что имеет «за плечами кучу тяжких преступлений». Пытается обнажить перед врачом, демонстрируя «игру мышц» и неуклюже подражая телодвижениям культуристов; при появлении в кабинете медсестры со смехом сбрасывает трусы, показывая размеры своих гениталий. Затем повернулся к ней спиной и «картинно» изогнулся, подставляя ягодички как бы для инъекции. Часто начинает формально рифмовать, на ходу сочиняя неологизмы и отвлекаясь от содержания беседы: «За столом – упрямый врач, под столом – непрямограч! Вьются белые медсестры, у

них жопоколы остры!» Противоречив в суждениях, поступках, планах на будущее. В палате вначале тщательно разложил постельное бельё, приготовив его к ночному сну, после чего влез на подоконник и остался там лежать, подложив под голову свои тапочки. Себя считает психически здоровым.

Динамика состояния. Находясь в стационаре, воровал личные вещи у больных, переодевался в женскую одежду, накладывал на лицо вульгарный макияж с использованием ярких, несовместимо-контрастных цветов; заигрывал с медперсоналом и пациентами женского пола, изображал из себя бывшего сердцееда и «ходока»; во время просмотра телесериалов радовался потокам крови, заливался смехом, наблюдая нагромождение трупов на экране; временами спонтанно бессмысленно повторял одни и те же слова, механически многократно повторял случайно услышанные фразы окружающих либо обращенные к нему вопросы. В ходе очередной беседы сообщил, что ночью к нему «в рот заполз таракан, и теперь он живет в животе, ползает там по кишкам, толстеет и пукает», подтверждал наличие таракана в теле около полутора последующих месяцев. Временами становился напряженным, настороженным, к чему-то прислушивался, сдавливал виски ладонями и повторял: «Не буду!.. Отстань!.. Пошел на х...!»

Удалось выяснить, что в эти моменты слышит внутри головы незнакомый «скрипучий» мужской голос, который заставляет его вступить в гомосексуальную связь с врачом. Жаловался на ощущение контроля извне, которое испытывал еще дома, путаницу мыслей, появление в голове чужих «неправильных» идей, чувство, что кто-то читает мысли, мешает думать самостоятельно, заставляет ругаться матом. Периодически в посетителях, приходивших на свидание с другими больными, узнавал своих близких и, наоборот, отказывался встречаться с матерью, заявляя, что «она стала чужой, сама на себя не похожа, с ней только еще хуже становится».

Воображал себя потомком полководца Суворова, утверждал, что его ждет карьера военного офицера, который «обеспечит победу России

Увидев настенный календарь, в изумлении произнес: «Не зря меня сегодня привезли в больницу. Какое замечательное число – 25! Два плюс пять получится семь, семь плюс я получится семья, значит я на ней скоро женюсь!..»

в грядущей мировой войне с мусульманами»; данные высказывания носили фрагментарный, несистематизированный характер и быстрее других симптомов подверглись терапевтической редукции.

В ходе лечения нейрорептиками состояние постепенно улучшилось, поведение внешне упорядочилось, прекратил гримасничать, кривляться, обнажаться, стал сдержаннее и корректнее по отношению к окружающим, реже употреблял инвективы, исчезли обманы восприятия, ложные узнавания, персекуторные и экспансивные идеи, стал высказывать реалистичные планы на ближайшее будущее, около месяца на-

та взором, временами вскакивал, совершал несколько гимнастических упражнений и приседаний, снова садился, часто переспрашивал вопросы, вербигеративно повторял свои ответы на них, дурашливо смеялся над своими ответами, вел себя фамильярно. В отделении имитировал поведение дефектных больных, ухаживал за женщинами вне зависимости от их возраста, кривлялся, демонстрировал крайнюю неадекватность и противоречивость эмоциональных реакций, непредсказуемость поступков, бессодержательность суждений, обнажался, передевался в женское белье, по ночам мастурбировал; ут-

Часами проводил время у зеркала, строил «рожи», царапал кожу лица либо разукрашивал его фломастерами или украденной губной помадой. Находился в стационаре без выписки три года; за это время сформировался отчетливый эмоциональной волевой дефект с сохранением психопатоподобных черт личности, стал почти равнодушен к женщинам, сексуально охладел...

блюдался в режиме домашнего отпуска и в результате был выписан 22.09.1987 г.

Первоначальный диагноз: шизофрения, гебефреническая форма, дебют, синдром гебефренного возбуждения с расторможенностью и галлюцинаторно-бредовым компонентом.

Катамнез. После выписки продолжил учебу в школе, пропускал уроки, бесцельно бродил по улицам, оставлял на стенах домов и на заборах нецензурные надписи, задавал прохожим нелепые вопросы, приставал с непристойными предложениями к встречным женщинам. Вновь стал подкарауливать ту же соседскую девушку, со смехом называл ее «любимой», следуя за ней по пятам, передразнивал ее походку, вульгарно виляя бедрами; оставаясь один в ее подъезде, интенсивно мастурбировал, объясняя впоследствии, что таким способом пытался «проникнуть в ее мысли». Спустя 8 месяцев 14.05.1988 г. вновь оказался на стационарном лечении. Во время беседы с врачом сидел сутулившись, опустив руки вдоль тела, с открытым ртом, избегал контак-

верждал, что к его госпитализации специально постелили зеленый линолеум, чтобы подчеркнуть, что «он – весенний человек, и май – его месяц», что такова «задумка главного врача и всей белохалатной коды, которые издевательствами хотят превратить его в огородное пугало»; фон настроения оставался стабильно и немотивированно приподнятым. Находился на лечении около полугода, была оформлена инвалидность. После выписки 02.11.1988 г. ничем полезным не занимался, растерял прежние социальные связи, продолжал бродяжничать по поселку, терроризировал соседей по дому, включал на полную громкость музыкальную аппаратуру, на замечания реагировал смехом и бранью, временами пил за поями по 4–5 дней. Спустя 7 месяцев после выписки вышел на улицу совершенно обнаженным, мочился у всех на глазах в цветочные клумбы и мусорные урны, дефилировал в таком виде по центральной улице в направлении поселковой администрации, возле которой был задержан сотрудниками милиции и с бригадой санавиации был отправ-

лен 12.06.1989 г. на очередное стационарное лечение. В отделении ярко гримасничал, раздувал щеки, выкрикивал нечленораздельные возгласы с утрированно-пафосной интонацией и сам над собой хохотал, часто сплевывал через плечо, на вопросы отвечал бранью или переспрашивал, выглядел более угловатым, неуклюжим в движениях, чем прежде, обращали на себя внимание заметное эмоциональное оскудение и монотонность аффекта, падение экспрессии, стереотипизация высказываний и действий, которые оставались «пустыми» и нецеленаправленными. Часами проводил время у зеркала, строил «рожи», цара-

ными изречениями и «украсил» соответствующими иллюстрациями. Отказывался спать в кровати, заявляя, что «брезгует прикасаться к простыне, которая побывала в руках матери – это небезопасно», спал на полу, не раздеваясь. Перестал умываться, причесываться, менять белье. Пил соленый чай. Однажды утром молча подошел к матери, улыбаясь, посмотрел на нее в упор и нанес ей несколько сильных ударов кулаком в лицо со словами: «Добилась своего!.. Не будешь воровать, сука!.. А теперь вызывай ментов – в Сургут поеду!..» Вновь был госпитализирован 09.10.1992 г. В отделение вошел, как в родной дом, широ-

Дома вскоре после выписки прекратил прием лекарств, стал алкоголизироваться, ночами не спал, опять на полную громкость включал музыку, издевался над соседями и домашними, повадился проникать на территорию ближайшего детского сада, пугал нянечек и воспитательниц, отнимал у детей игрушки, мочился и испражнялся прямо в песочницах...

пал кожу лица либо разукрашивал его фломастерами или украденной губной помадой. Находился в стационаре без выписки три года; за это время сформировался отчетливый эмоциональный волевой дефект с сохранением психопатоподобных черт личности, стал почти равнодушен к женщинам, сексуально охладел, меньше гримасничал и передразнивал окружающих, был более покладист и управляем; по многочисленным просьбам матери был отпущен домой, в ее сопровождении регулярно приезжал на контрольные осмотры из отпуска, принимал медикаменты, в итоге был выписан 07.07.1992 г. Дома вскоре после выписки прекратил прием лекарств, стал алкоголизироваться, ночами не спал, опять на полную громкость включал музыку, издевался над соседями и домашними. Повадился проникать на территорию ближайшего детского сада, пугал нянечек и воспитательниц, отнимал у детей игрушки, мочился и испражнялся прямо в песочницах, но всегда успевал исчезнуть к приезде милицейского наряда; в своей комнате все стены исписал похаб-

ко улыбаясь и приветствуя больных и медперсонал, сразу направился в палату, где провел ранее несколько лет, нецензурно бранясь и применяя физическую силу, выгнал с занятой койки пациента, сбросил на пол его постельное белье, вытрянул содержимое прикроватной тумбочки, заполнив ее своими вещами, и лег отдыхать, заявив: «Все, падлюки, здесь буду жить, х... вам всем на рыло!..» В дальнейшем временами бывал возбужденным, сообщал о «чужих мыслях в мозгах», об «издевательских голосах в голове», требовал прекратить «хамские намеки и слезку по пятам», угрожал медперсоналу «вызвать общую парализацию своими мыслительными лучами»; на фоне приема нейролептиков постепенно успокаивался, становился более мягким, доступным, покладистым, но неизменно гримасничал, подражал ведущим телепрограмм, передразнивал дефектных больных, делая это все более нелепо, непохоже, невыразительно и однообразно; ночами иногда обнажался и мастурбировал, объясняя это необходимостью «избавиться от избытка энергии и отдать долги

1. Гильбурд О. А. Роль шизофрении и родственных ей состояний в эволюции человека: антропологический и палеопсихиатрический аспекты // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты) / Под ред. акад. В. Я. Семке. – Томск, 1998. – С. 39–42.

2. Гильбурд О. А. Шизофрения: семиотическая четверность, социобиология, эволюция // Таврический журнал психиатрии. 2001. – Vol. 5. № 1. – С. 4–9.

3. Гильбурд О. А. Клинические маркеры и психопатологический фон шизофрении. Сообщение II: Семиотика кататонической формы // Таврический журнал психиатрии. 2004. – Vol. 8. – № 1. – С. 14–18.

4. Гильбурд О. А., Балашов П. П. Социобиология шизофрении. Сообщение I: Кататоническая форма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004. – № 4, – С. 10–13.

5. Гильбурд О. А. Семиотика и нозология шизофрении (социобиологическое и клинико-этологическое исследование): Дисс. ... докт. мед. наук. – Томск, 2006.

6. Кербигов О. В. Острая шизофрения. – М.: Медгиз, 1949.

7. Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Корнетов Н. А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. – Киев: Здоров'я, 1984.

8. Самохвалов В. П. История души и эволюция помещательства. – Сургут: Северный дом, 1994.

9. Самохвалов В. П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения человека для медицины и антропологии // Таврический журнал психиатрии. 1997. – Vol. 1. – № 2. – С. 50–80.

10. Самохвалов В. П., Егоров В. И. Психическая патология как фактор эволюции человека // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychoterapeutica et Ethologica Tavrca. 1995. – Vol. 2. – № 3. – С. 76–103.

11. Axelrod R. Evolution of Cooperation. – New York: Basic Books, 1984.

12. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. – Leipzig – Wien, 1911.

13. (DSM-IV) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Draft

людям за все безобразия»; истинно критического отношения к своему болезненному состоянию не обнаруживал, но иногда говорил: «Карма у меня такая – должен же кто-то быть психом!..» Провел в стационаре еще три года, выпиской не интересовался, в 1995 году был переведен в дом-интернат для хронически психически больных на юге Тюменской области.

Анализ наблюдения. Родившийся с признаками внутриутробной гипоксии в результате поздней тяжело протекавшей беременности в дисгармоничной семье, отягощенной гебоидно-диссоциальным личностным радикалом у отца, шизофренией у старшего и шизоидией у среднего братьев, П-у с детства обнаруживал склонность к антидисциплинарным и делинквентным действиям, дурашливым розыгрышам и клоунаде. В школьные годы публично кривлялся и гримасничал, рано приобщился к психоактивным веществам. В препубертатном периоде гебоидно-психопатические тенденции в поведении и психическом функционировании П-у подвергались нарастающему искажению и все большему карикатурному утрированию с акцентом на сексуальной расторможенности и криминальному тренду. Наблюдался быстрый регресс речи в сторону превалирования инвективных словосочетаний. Во взаимоотношениях с окружающими на первый план все ярче выступали черты утрированно-пародийной имитативности. Инициальный деликт включал в себя сексуально окрашенные хулиганские действия с элементами эксгибиционизма, переадресованной агрессии и неадекватной веселости, присоединением шаржированного подражания. В стационаре на фоне психомоторного возбуждения отмечались манерность, расторможенность влечений, стереотипное кривляние, плоские шутки, передразнивание, дурашливая клоунада, склонность к эксгибиционизму и трансвестизму, идеаторные и моторные автоматизмы, противоречивость и непредсказуемость суждений, эмоций, действий, нелепое формальное рифмирование и неологизмы, типичная «кривая» логика с опорой на латентные признаки; временами испытывал соматические и слуховые об-

маны восприятия, демонстрировал яркие эхо-симптомы, фрагментарные идеи «положительного» и «отрицательного» двойников, знатного происхождения, рудименты фантастического бреда воображения. При последующих госпитализациях на фоне прежней искаженно-утрированной имитативности продуцировал нестойкие, малосистематизированные идеи особого значения, преследования, воздействия.

В целом течение болезни у П-у оставалось континуальным; на всем протяжении кататонического периода, во-первых, отчетливо регистрировалась характерная триада симптомов: «гимнастические» гримасы, непродуктивная эйфория и «бездействие мысли» с безмотивностью поступков; во-вторых, быстро и неуклонно формировался грубый эмоционально-волевой дефект с нарастающей эмоциональной холодностью, утратой пантомимической грации, редукцией энергетического потенциала, аутизацией и нивелировкой личности, фиксацией психопатоподобного поведения.

Репертуар невербального поведения больного П-у. Первой госпитализации предшествовал эпизод сексуального домогательства и прямой сексуальной агрессии, которые причудливо сочетались с шаржированным подражанием, переадресацией агрессии и гиперкинезами. При первоначальном стационарировании регистрировались эпатажные татуировки на теле, нелепая стилистика одежды (в т.ч. женской) с подчеркиванием отдельных ее элементов, вычурная раскраска тела с помощью косметических средств, маркировка индивидуальной территории личными предметами, чужими украшениями, манипулирование компонентами одежды, частями собственного тела, временами, в моменты галлюцинирования, в мимике возникали элементы удивления, настороженности, страха, но превалировали блестящие глаза с расширенными веками, постоянно поднятыми бровями, акцентированным флашем, взглядом в лицо, подмигиванием, кивками и частым запрокидыванием головы, громкая речь, хлопки, подчеркнутые жесты демонстрации, приветствия, обращения, объятия, активный аллогруминг, хоботок с поцелуями, эхо-пат-

терны, установочные движения по типу таксиса, шаржированное подражание, поведение соблазнения, домогательства, попытки прямой сексуальной агрессии, гомосексуально окрашенные «заигрывания» с врачом.

После выписки наблюдались постоянные миграции в границах локальной территории проживания с хомингом, эпизоды сексуального домогательства. При повторной госпитализации прежний поведенческий репертуар пополнился такими паттернами, как поднятые вверх углы рта, оральные движения вне речи, диссоциированная и хоботковая улыбка, разнообразные сочетанные и изолированные стереотипно повторяемые гиперкинезы лица и туловища, вычурная походка, игра пальцами и демонстрация кукиша, поза наздника и тупой межколенный угол в положении сидя, наклоны туловища то вперед, то назад при относительно стабильной индивидуальной дистанции в ходе беседы, произношение многих звуков с их растягиванием и искажением, элементы индуцированного поведения, частые повторные приближения и удаления по отношению к объектам ухаживания.

Во время короткой ремиссии продолжал локальные миграции с хомингом, демонстрировал экстремальные проявления потенциально губительного поведения в виде многодневных запоев, эксгибиционистские тенденции, маркировал групповую территорию мочой. При очередной госпитализации на фоне присущей больному карикатурно-игровой имитативности поведения отмечались диссоциирующие с нею фиксированные вертикальные морщины на лбу, преимущественный взгляд в сторону, жесты отстранения, аутоагрессивный аутогруминг в сочетании с синдромом зеркала, стереотипные сплевывания. Кроме этого, периодически отмечались умеренно выраженные позы агрессии с агрессивно-предупредительными элементами, насильственная улыбка и улыбка с оскалом, выдвигание нижней губы и нижней челюсти вперед, избегание контакта взором, рука «обезьяны», неопрятность тела и неряшливость, инверсия ритма «сон – бодрствование», стереотипии, челночные треки в границах больничной территории.

Накануне последней госпитализации маркировал групповую территорию испражнениями, был крайне неопрятен, неряшлив, осуществлял в отношении матери акт контактной агрессии, которую продолжил в отношении больного в стационаре, где продемонстрировал быстрое вторжение на привычную территорию; в дальнейшем сохранялись гиперкинезы лица, шаржированное подражание, эпизодически возникали агрессивно-предупредительные элементы и позы Наполеона с мимикой пренебрежения, фиксированный характер приобрели облизывание, сплевывание, прикосновение ртом к предмету.

Заключительный диагноз: шизофрения, гебефреническая форма, непрерывно-прогредиентное течение с прогрессирующим психопатоподобным дефектом личности (F 20.10).

Резюме. В клинико-психопатологическом континууме данного случая грубо прогредиентной гебефренической шизофрении на фоне прогрессирующего регресса и диссоциации психики ярко представлены утрированные, карикатурно выпяченные признаки привлечения внимания, стремления к коммуникации и игровой деятельности, которые в совокупности искаженно символизируют тенденцию к расширению интерперсональных контактов, формированию развлекательной атмосферы карнавала, объединяющей членов сообщества, – даже ценой выставления себя на посмешище.

Кроме того, по мере нарастания регресса и диссоциации невербального поведения у П-у отмечались поступательное расширение репертуара, фиксация и внеситуативная гиперритуализация карикатурно-утрированных и болезненно-искаженных признаков привлечения общественного внимания, налаживания контактов (в особенности сексуальных) и игровой активности, которые в совокупности свидетельствуют о доминирующей тенденции к группированию. Невербальные стигмы агрессивного регистра, паттерны искаженного пищевого и комфортного поведения наблюдались непостоянно, менее ярко, и не определяли основную поведенческую стилистику П-у в период катамнестического наблюдения. ■

Criteria. American Psychiatric Association, 1993.

14. Шюле Г. Душевные болезни. Руководство частной патологии и терапии, – Харьков, 1890.

15. Crow T. J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? // *Schizophrenia Res.* 1997. – Vol. 28. – P. 127–141.

16. Hecker E. Die Hebefrenie // *Virchows. Arch. path. anat.* 1871. – Bd. 52. – № 3. – S. 394–429.

17. Horrobin D. F. The madness of Adam and Eve. How schizophrenia shaped humanity. – London: Bantam, 2001.

18. ICD-10. Раздел Y. Психические и поведенческие расстройства. Исследовательские диагностические критерии. – Женева, ВОЗ: Отдел психического здоровья, 1995.

19. Kahlbaum K. Uber Hebeidophrenie // *Allg. Z. Psychiatr.* 1890. – Bd. 46, – № 4. – S. 461–474.

20. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 5 Aufl. – Leipzig, 1896.

21. (Lambert D.) Ламберт Д. *Доисторический человек: Кембриджский путеводитель.* – Л.: Недра, 1991.

22. Mauz F. *Die Prognostic der endogenen Psychosen.* – Leipzig, 1930.

23. Mayer-Gross W. *Die Klinik der Schizophrenie // Handbuch der Geisteskrankheiten / Hrsg. von O. Bumke.* – Berlin, 1932. – В. 9. – Т. 5. – S. 293–578.

24. McGuire M., Troisi A. *Darwinian Psychiatry.* – New-York–Oxford: Oxford University Press, 1998.

25. Parker G. A. Evolutionary stable strategies // *Behavioural Ecology: An Evolutionary Approach* (eds. J. R. Krebs & N. B. Davies). 2nd edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1984. – P. 62–84.

26. Stevens A., Price J. *Evolutionary Psychiatry: A New Beginning.* – London: Routledge, 1996.

27. Trivers R. L. *Social Evolution.* Menlo Park: Benjamin Cummings, 1985.

28. Wenegrat B. *Sociobiological Psychiatry: Normal Behavior and Psychopathology.* – Lexington, 1990.