

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВОПЛОЩЕННОГО ПРИСУТСТВИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

П.Б. Крысенко¹, В.А. Солдаткин¹, Н.В. Никонова²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России

²Аксайский филиал ГБУ РО «ПНД»

*«Войдите ночью снова в вашу комнату, и вы там кого-то найдете;
Вы его не видите, но вы явно чувствуете его присутствие...»
А.Стриндберг «Инферно» 1913 г.*

Целый ряд психопатологических состояний (феноменов), несмотря на давнюю историю их описания, трудно назвать хорошо изученными и понятными современному психиатру. Один из таких феноменов в немецкой психиатрии получил название «Anwesenheit» – «воплощённое присутствие». Во франкоязычной литературе за подобными переживаниями закрепилось название «Sentiment de presence», что фактически означает то же самое и может быть переведено как «чувство присутствия». В англоязычной литературе данный феномен называется False Proximate Awareness – ложное экспресс-осознание. Мы будем пользоваться термином «синдром воплощенного присутствия» (СВП).

СВП характеризуется ошибочным ощущением присутствия постороннего существа в непосредственной близости. Как правило, подобное состояние возникает при ясном сознании, когда человек находится в одиночестве дома или в другом помещении.

Феномен Anwesenheit описал Карл Ясперс в «Общей психопатологии»: «...больной чувствовал, что кто-то постоянно следует за ним или, скорее, чуть сзади и в стороне от него. Когда больной вставал, этот «некто» также вставал; когда он шел, «некто» шел вместе с ним; когда он оборачивался, «некто» держался за его спиной так, чтобы его невозможно было увидеть. Он всегда был на том же расстоянии, хотя иногда слегка приближался или слегка удалялся. Больной никогда его не видел, не слышал, не прикасался к нему и не ощущал его прикосновения; тем не менее, он с исключительной ясностью испытывал чувство чьего-то физического присутствия...» [5].

Любые упоминания СВП в литературе обычно сопровождаются констатацией его редкости, хотя эпидемиологические данные, как правило, не приводятся; описание СВП соответствует «Общей психо-

патологии» К.Ясперса. В нашей стране наиболее подробные работы о феномене Anwesenheit вышли из-под пера профессора В.В.Калинина [6]. Исследователь дополнил описание СВП, указав, что наряду с собственно «чувством присутствия» в структуре синдрома часто присутствуют элементарные зрительные и гаптические галлюцинации [3, 4]. Отличительной особенностью элементарных зрительных галлюцинаций при СВП является восприятие нечётких теней, силуэтов, призраков, фигур с неясными очертаниями. Зрительные образы локализируются не в центре поля зрения, а на его периферии. Иначе говоря, применительно к ним можно говорить об экстракампинных зрительных галлюцинациях, поскольку больные утверждают, что видят образы боковым зрением, либо даже за его пределами [14]. Гаптические тактильные галлюцинации составляют третий компонент синдрома присутствия. Данный термин применяется для характеристики сложного обмана тактильного и общего чувства в виде ощущений схватывания, прикосновения, касания [8]. Больные в этих случаях предпочитают чаще говорить о ветерке, дуновении либо ауре.

СВП, как правило, авторами описывается как «зарница» [1], «донозологическое» [2], «преклиническое состояние» [6], «диатез» [7], «предболезнь» [12]. Пожалуй, самая популярная точка зрения на СВП – предвестник шизофренического психоза, указывающий на вероятное последующее развитие галлюцинаторно-параноидной симптоматики [3, 4]. Между тем, не все из указанных постулатов выглядят достаточно убедительными. Как в самом описании СВП, так и в оценке его места в клинической картине шизофрении сохраняются нерешенные вопросы.

Изучение СВП позволит выяснить, относится ли данный феномен к редким психопатологическим

состояниям, описать его клинические проявления и особенности, выяснить, является ли наличие СВП обязательным предвестником будущего шизофренического психоза. Решение перечисленных задач имеет потенциал расширить горизонт клинического метода в психиатрии, вскрыв закономерности развития этого интересного феномена [10].

Цель настоящего исследования: изучить распространенность, клинику, динамику и гендерные отличия СВП у больных шизофренией.

Дизайн и материал исследования

Исследование выполнено на базе Аксайского филиала ГБУ РО «ПНД». Включено 150 отобранных случайным методом больных шизофренией, подписавших добровольное информированное согласие. Критерием включения было наличие в анамнезе верифицированного по МКБ-10 диагноза шизофрении (F20). Критерием исключения являлось наличие на период исследования психотических и выраженных когнитивных нарушений.

Полученные данные уже на этапе старта исследования опровергли предположение о редкости СВП. При сборе анамнеза внимание уделялось проявлениям СВП. Его удалось выявить у 59 пациентов (39,3%), они составили основную группу (ОГ), остальные (91; 60,7%) больные шизофренией вошли в контрольную группу (КГ) (табл. 1).

Достоверных отличий между группами сравнения нет, они сопоставимы.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, математический. Статистическая обработка проводилась методами непараметрической статистики. Математико-статистический анализ и обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ «SPSS-23». Полученные результаты были сгруппированы в базу данных и подвергнуты статистической обработке. Для оценки достоверности различий параметров по выборочным данным в отношении количественных показателей принимались во внимание три уровня значимости: 5% (вероятность ошибочной оценки $p=0,05$), 1% ($p=0,01$) и 0,1% ($p=0,001$). Корреляционный анализ проводился с расчетом коэффициента ранговой корреляции

Таблица 1

Характеристики групп сравнения

Характеристики		Основная группа (n=59)	Контрольная группа (n=91)
Возраст		38,5±12,9	39,1±12,2
Мужчины		34 (57,6%)	60 (66,0%)
Женщины		25 (42,4%)	31 (34,0%)
Тип течения шизофрении	Непрерывный	42 (71,0%)	77 (85,0%)
	Эпизодический с нарастающим дефектом	11 (18,6%)	12 (13,0%)
	Рекуррентный	6 (10,0%)	2 (2,0%)

Спирмена (r). Корреляционная связь по степени силы условно классифицировалась как сильная (при $r \geq 0,70$), средняя ($r=0,50-0,69$), умеренная ($r=0,30-0,49$), слабая ($r=0,20-0,29$) или очень слабая ($r \leq 0,19$).

Результаты

Выявлены общие характеристики СВП у больных шизофренией. Насколько они специфичны именно для процессуального заболевания – предстоит ответить при продолжении исследования в других нозологических группах.

Общие характеристики СВП у больных шизофренией:

а) СВП у больных шизофренией проявляется в виде возникновения ощущения присутствия рядом с собой «чего-то или кого-то невидимого, неопределенного, незримого» – «неопределённого существа, незнакомого человека или какой-то энергетической сущности». При этом объект восприятия всегда находится сзади или сбоку, иногда сверху от больного, никогда спереди.

б) СВП у больных шизофренией возникает не только в одиночестве и замкнутом пространстве, но также на улице (11 пациентов, 18,6%) и в присутствии других людей (6 – 10,1%).

в) Проявления СВП, как правило, сопровождаются чувством страха и дискомфорта. Однако, у 15 человек (25,4%) СВП сопровождалось ощущением комфорта, умиротворения, спокойствия.

г) У пациентов, страдающих шизофренией, продолжительность СВП вариабельна: от несколько секунд до нескольких часов.

д) СВП у больных шизофренией имеет суточную динамику, возникая преимущественно в вечернее время, реже днём; возникновения СВП в утренние часы нам не встречалось.

е) У половины больных (31 – 52,5%) СВП повторялся неоднократно (2–7 раз). Во всех подобных случаях тип течения шизофрении был рекуррентным либо шубообразным. Феномен возникал перед каждым приступом, однотипно, по типу «клише».

ж) У больных шизофренией СВП не является закономерным предвестником галлюцинаторно-параноидной симптоматики, хотя этот вариант развития событий – самый частый. У 10 больных (16,9%) СВП возник как предвестник аффективно-бредовой или параноидной симптоматики. У 14 пациентов (23,7%) СВП и последующий психоз были разделены существенным промежутком времени.

з) У пациентов, страдающих шизофренией, СВП всегда возникает в продромальном, доманифестном периоде, на этапе неспецифических признаков заболевания. Мы не встречали возникновения СВП в период разгара основных клинических проявлений психического заболевания.

Влияние фактора пола остается до настоящего времени относительно мало изученным аспектом в клинической психиатрии [9]. Считается, что мужчины

шизофренией заболевают раньше, имеют более низкий уровень преморбидного функционирования, худшие когнитивные показатели [9]. Заболеваемость непрерывно текущей шизофренией у мужчин по сравнению с женщинами выше, а рекуррентные формы, напротив, чаще наблюдаются у женщин [9]. По данным авторов [13], у женщин чаще возникают вербальные галлюцинации, развиваются паранойя и бред преследования, в то время как у мужчин – идеи отношения и величия.

Закономерно предположение, что СВП может иметь гендерную специфику.

Мы разделили ОГ на две подгруппы: мужчины (ОГМ, n=34) и женщины (ОГЖ, n=25). При сопоставлении групп получены следующие данные (табл. 2).

Достоверные различия ($p < 0,05$) между ОГМ и ОГЖ были выявлены только в отношении параметра «сохранение СВП при развитии психоза». Как оказалось, у мужчин проявления СВП имеют

Таблица 2

Гендерные особенности СВП

Характеристики		Основная группа мужчины (n=34)	Основная группа женщины (n=25)
Предположение о «присутствующем»	«Незнакомый человек»	14 (41,0%)	9 (36,0%)
	«Неопределённое существо»	11 (32,0%)	6 (24,0%)
	«Незнакомая сущность»	3 (8,8%)	3 (12,0%)
	«Сгусток энергии»	2 (5,8%)	3 (12,0%)
	«Бог»	2 (5,8%)	0 (0%)
	«Бес»	2 (5,8%)	2 (8%)
Экстракампинные галлюцинации	«Знакомый, друг»	0 (0%)	2 (8,0%)
	«Тень»	3 (8,8%)	7 (28,0%)
	«Силуэт, контур»	7 (20,5%)	3 (12%)
Гаптические галлюцинации	«Сгусток энергии»	1 (2,9%)	3 (12,0%)
	Ощущение дуновения ветра	12 (35,2%)	7 (28,0%)
Ситуация возникновения	Ощущение прикосновения	9 (26,4%)	3 (12,0%)
	Первичное возникновение в одиночестве	34 (100%)	25 (100%)
Место возникновения	Сохранение в присутствии других людей	4 (11,7%)	2 (8,0%)
	В помещении	32 (94,0%)	24 (96,0%)
	Возникновение в помещении, с сохранением на улице	5 (14,7%)	3 (12,0%)
Субъективное ощущение, появляющееся при возникновении СВП	Только на улице	2 (5,8%)	1 (4,0%)
	Дискомфорт (страх, беспокойство, внутреннее напряжение, неуютность)	24 (70,6%)	20 (80,0%)
Длительность состояния	Комфорт	10 (29,4%)	5 (20,0%)
	1–5 сек	13 (38%)	10 (40,0%)
	10–30 сек	6 (17,6%)	7 (28,0%)
	1–5 мин	6 (17,6%)	5 (20,0%)
	10–30 мин	6 (17,6%)	2 (8,0%)
	1–2 ч	2 (5,8%)	1 (4,0%)
Суточная ритмика	3 ч и более	1 (2,9%)	0 (0%)
	Вечер/ночь	26 (76,4%)	21 (84,0%)
	День	4 (11,7%)	2 (8,0%)
	Утро	0	0
Повторяемость	В течение суток	4 (11,7%)	2 (8,0%)
	Однократно	15 (44%)	12 (48,0%)
	Дважды	8 (23,4%)	5 (20,0%)
	Трижды	4 (11,7%)	2 (8,0%)
А. Вариант с возникновением психоза в течение нескольких дней после СВП. Варианты психопатологии	Четыре раза и более	7 (20,5%)	5 (20,0%)
	Галлюцинаторно-параноидный синдром	16 (47,0%)	13 (52,0%)
	Аффективно-бредовой синдром	2 (5,8%)	0 (0%)
Б. Вариант с возникновением психоза спустя длительный период (не менее 3 мес.) времени после СВП. Варианты психопатологии	Параноидный синдром	0 (0%)	1 (4,0%)
	Галлюцинаторно-параноидный синдром	6 (17,6%)	5 (20,0%)
	Аффективно-бредовой синдром	1 (2,9%)	1 (4,0%)
Сохранение СВП при развитии психоза	Параноидный синдром	0 (0%)	0 (0%)
	Сохранился	12 (35,2%)*	2 (8,0%)
Связь СВП и психического заболевания	Не сохранился	13 (38,0%)*	17 (68,0%)
	СВП отмечался задолго до дебюта шизофрении	9 (26,4%)	5 (20,0%)
	СВП возник перед шизофреническим психозом, в дальнейшем не проявлялся	22 (64,7%)	19 (76,0%)
	СВП возник непосредственно перед шизофреническим психозом, сохранился в его проявлениях	3 (8,8%)	1 (4,0%)
	СВП возник на фоне текущей шизофрении	0 (0%)	0 (0%)

более стойкий характер, легче включаются в фабулу последующих бредовых переживаний.

Методом непараметрической статистики (ранговая корреляция Спирмена) была оценена связь между всеми изученными параметрами. Установлено, что присутствует значимая ($p \leq 0,05$) умеренная корреляционная связь между экстракампинными и галлюцинаторными галлюцинациями ($r=0,32$); отмечается статистически значимая ($p \leq 0,05$) умеренная корреляционная связь между мужским полом и сохранением СВП при развитии психопатологии ($r=0,40$). Отмечается значимая ($p \leq 0,01$) средняя корреляционная связь между чувством дискомфорта и длительностью переживания СВП ($r=0,53$).

Проявления СВП оказались достоверно связанными друг с другом, что подтверждает точку зрения В.В.Калинина на их патогенетическую общность. Именно это позволяет нам пользоваться обозначением «синдром воплощенного присутствия» при

понимании некоторой условности этого обозначения.

Наличие умеренной корреляционной связи между полом и сохранением СВП при развитии психопатологии позволяет подтвердить мысль о гендерном влиянии на клинко-динамические взаимоотношения СВП и шизофренического психоза.

Выводы

1. СВП при шизофрении нельзя отнести к редким психопатологическим феноменам.

2. СВП при шизофрении развивается либо в инициальном периоде заболевания, либо на начальных этапах манифестации.

3. При шизофрении СВП может быть предвестником не только галлюцинаторно-параноидной, но и аффективно-бредовой симптоматики.

4. СВП у больных шизофренией имеет гендерные особенности, относящиеся к клинко-динамическим характеристикам заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева М.В., Глазачев О.С. Индивидуальное здоровье и полипараметрическая диагностика функциональных состояний организма. М., 2000. 213 с.
2. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.В. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. Л.: Медицина, 1980. 207 с.
3. Калинин В.В. Симптоматика воплощенного присутствия как предвестник развернутых психозов у больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 5.
4. Калинин В.В. Редкие и малоизвестные психопатологические синдромы // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. № 3. С. 14–18.
5. Карл Ясперс «Общая психопатология». Изд. «Практика» М., 1997. 1056 с.
6. Королев В.В. Проблемы разграничения психопатий и так называемых преклинических состояний в пограничной психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1983. Т. 83. № 11. С. 1695–1699.
7. Коцубинский А.П., Шейнина Н.С. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний) пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М.Бехтерева, 2011. 22 с.
8. Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации. Баку: «Маариф», 1983. 305с.
9. Соколов Р.Е. Роль пола в формировании манифестных шизофренических психозов у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2011. Т. 111 № 5. С. 9–15.
10. Солдаткин В.А. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: Учебник. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Ростов на Дону: Профпресс, 2016. 1078 с.
11. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И. Роль пола и возраста в возникновении и течении приступообразной шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии. 1979. Т. 79. № 5. С. 611–617.
12. Шмидт Е.В., Бассин Ф.В. Проблема «предболезни» (о скрытых начальных фазах заболеваний мозга).
13. Ragland J.D., Gur R.E., Klimas B.C. et al. Neuropsychological laterality indices of schizophrenia: Interactions with gender // Schizophr. Bul. 1999. Vol. 25. P. 79–89.
14. Thomson C. Anwesenheit: psychopathology and clinical associations // Br. J. Psychiatr. 1982. Vol. 141. P. 628–630.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВОПЛОЩЕННОГО ПРИСУТСТВИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

П.Б. Крысенко, В.А. Солдаткин, Н.В. Никонова

Статья посвящена изучению клинических особенностей феномена «Anwesenheit» – «воплощённое присутствие» у больных шизофренией. Целью исследования явилось изучение распространенности, клиники, динамики и гендерных отличий синдрома воплощенного присутствия (СВП) у больных шизофренией. Методы исследования: клинко-психопатологический, математический. Установлено, что проявления воплощенного присутствия при шизофрении нельзя отнести к редким психо-

патологическим феноменам. СВП при шизофрении развивается либо в инициальном периоде заболевания, либо на начальных этапах манифестации. При шизофрении СВП может быть предвестником не только галлюцинаторно-параноидной, но и аффективно-бредовой симптоматики. СВП у больных шизофренией имеет гендерные особенности, относящиеся к клинко-динамическим характеристикам заболевания.

Ключевые слова: Anwesenheit, воплощенное присутствие, шизофрения.

CLINICAL FEATURES OF THE PRESENCE SYNDROME IN SCHIZOPHRENIA

P.B. Krysenko, V.A. Soldatkin, N.V. Nikonova

This article deals with clinical characteristics of the ‘Anwesenheit’ phenomenon – the presence hallucination: a vivid sensation of the presence of somebody either somewhere in the room or behind the schizophrenic patient. Goal: Investigation of prevalence, clinical features, developments and gender differences on the Presence Syndrome in schizophrenic patients. Methods: clinical-psychopathological and mathematical. The ‘Anwesenheit’ manifestations

do not seem to belong to rare psychopathological phenomena. In schizophrenia, it develops either in initial stage of disease or in the course of manifestation. In schizophrenia the Presence Syndrome can be a predictor of both hallucinatory-paranoid and affective-delusional symptoms. There are certain gender differences associated with clinical picture and progress of disease.

Key words: ‘Anwesenheit’, the Presence Syndrome, schizophrenia.

Крысенко Пётр Борисович – аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: krysenko.72@mail.ru

Солдаткин Виктор Александрович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: sva-rostov@mail.ru

Никонова Нина Владимировна – заведующая отделением №10 Аксайского филиала ГБУ РО «ПНД»; e-mail: nikonova_nina@rambler.ru