

Клинические разборы в психиатрической практике II

Под редакцией *А.Г.Гофмана, Ю.С.Савенко*



Москва
«МЕДпресс-информ»
2017

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

К49

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Клинические разборы в психиатрической практике II / под ред. К49 А.Г.Гофмана, Ю.С.Савенко ; сост. Л.Н.Виноградова. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 640 с.

ISBN 978-5-00030-415-0

Основой для создания настоящей книги послужили материалы открытых клинических разборов, возобновленных в июне 1996 г. под эгидой Независимой психиатрической ассоциации России. Они регулярно проводятся на совместных семинарах психиатров, врачей других специальностей и клинических психологов, часто в присутствии студентов медицинских вузов и психологических факультетов. Представленные в настоящем издании материалы позволяют читателю окунуться в атмосферу клинического разбора, как бы присутствовать на семинаре и участвовать в осмотре больного и дискуссии. Это уже второй том разборов.

Для психиатров, врачей других специальностей, психотерапевтов и клинических психологов.

УДК 616.89-02-07/-85

ББК 56.14

ISBN 978-5-00030-415-0

© Независимая психиатрическая ассоциация России, 2017

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Вместо предисловия. Клинические разборы – основная школа профессионализма	5
1. Аффективные расстройства	10
1.1. Клинический разбор в контексте судебно-психиатрического заключения	10
1.2. Противоречия традиционного и современных подходов к диагностике	30
1.3. Атипичный маниакально-депрессивный психоз, переход биполярного течения в униполярное	52
1.4. Атипичный маниакально-депрессивный психоз или шизофрения?	71
2. Шизоаффективные психозы	92
2.1. Шизоаффективный психоз	92
2.2. Шизоаффективные расстройства?	116
2.3. Гневливая мания или шизоаффективный психоз?	157
2.4. Шизофрения или эндогенная анестетическая депрессия?	179
2.5. Пришла ли пора отказаться от психопатологической трактовки алкоголизма? Клинический случай как аргумент в дискуссии	202
3. Шизофрения	225
<i>Шизофрения на аффективном фоне</i>	
3.1. Циркулярная шизофрения или шубообразная шизофрения? ..	225
3.2. Маниакально-кататонический синдром	261
3.3. Когда больной молчит... ..	284
3.4. И все-таки – шизофрения	297
<i>Параноидная шизофрения</i>	
3.5. Параноидная шизофрения: приступообразная или непрерывная?	321
3.6. Параноидная шизофрения или...?	342
3.7. Все еще неистребимый крен в сторону психологизации	363
3.8. Поздний дебют	376
3.9. Текущее или конечное состояние?	397

Шизофрения на патологически и наркологически отягощенной почве

3.10. Особенности течения эндогенного процесса при ВИЧ-инфекции	416
3.11. Участвовал ли амфетамин в возникновении психоза?	435
3.12. Сочетание шизофрении и наркомании	456
3.13. Атипичный психоз или шизофрения?	468
3.14. Необычное действие оланзапина	486
3.15. Симптомокомплекс дежавю у подростка с ранней параноидной шизофренией	504
4. Органические расстройства	520
4.1. Сифилис мозга или шизофрения?	520
4.2. Еще раз о диагностике экзогенно-органических психических расстройств	539
4.3. Одно или два заболевания?	544
4.4. Шизофрения с дефектом или шизофреноподобная органика?	570
5. Деменции	599
5.1. Деменции позднего возраста	599
5.2. Сосудистый фактор в болезни Альцгеймера	617

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ – ОСНОВНАЯ ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

Клинические разборы – это основа, стержень, само естество профессионализма. Это – клиничко-психопатологическая беседа с больным в контексте истории его болезни и экспериментально-психологического заключения, затем выступления присутствующих – «коллективное творчество врачей», по выражению С.С.Корсакова, – и, наконец, синтезирующий разбор ведущего клинициста.

«Клинические иллюстрации» в текстах статей и монографий – визитная карточка их авторов, высокоинформативная для коллег: по ним видны уровень автора, его отношение к делу и мера достоверности эмпирических данных. Современные научные работы заменили эту основу основ клиницизма статистическими выкладками, т.е. фактически подменили собственный профессионализм профессионализмом математика-статистика.

Минуло более полувека с момента написания знаменитой страстной статьи-протеста Питирима Сорокина против этой практики. Проницательный взгляд и убедительная аргументация основоположника Гарвардской социологической школы потонули, как и многие другие голоса, в чуждом менталитете, видимо, связанном с большой территорией страны.

При всем уважении к математике, следует самостоятельно разбираться в адекватности используемых математических методов задачам исследования и характеру выборки, но прежде всего – в предварительной подготовке эмпирических данных для этой обработки. Без этого математическая обработка оборачивается наукоподобием. Тотальная математизация таксономии, генетики и т.д. нигде не смогла заменить этих дисциплин: таксонометрия не смогла заменить классическую таксономию, математическая генетика – классическую генетику и т.д. Давно стало ясно, что математика, так же как и множество так называемых метатеоретических дисциплин, – вспомогательный метод, «строительные леса», которые не могут заменить эмпирические закономерности каждой дисциплины.

Между тем повсеместно мы видим именно такое развитие, которое в качестве неизбежного следствия ведет к вырождению собственного профессионального мышления подобно тому, как калькуляторы отучили от счета в уме. Анкетные методы, экспресс-методы, методы, экономящие силы, время и само мышление, успешно вытесняют подлинный эксперимент и подлинное профессиональное мышление. Глобальные последствия такого подхода представляют новую опасность в медицине.

У нового поколения врачей тонкая топическая диагностика по данным клинического и нейропсихологического исследований вытесняется данными КТ и МРТ.

Но серьезнее всего дело обстоит в психиатрии. Здесь никакая инструментальная техника в принципе не в состоянии заменить опытного клинициста. Здесь самым важным, сложным и неисчерпаемым является описание. Но не естественнонаучное, а – наряду с ним – феноменологическое, позволяющее объективно отнестись к самоотчету больных, к результатам и самому процессу беседы с ними.

В психиатрии особенно важен уровень философской рефлексии врача. Неслучайно давняя традиция состоит в том, что первая ученая степень – это PhD, доктор философии.

Способ описания неизбежно содержит теорию, которая и есть уже тот порядок, что привносится этим описанием: своей последовательностью, соразмерностью частей, характером и мерой дифференциации в выбранных аспектах. За этим всегда стоят цели и задачи такого описания, исходные представления о решении этих задач и соответствующая им нацеленность на обнаружение того, что заранее уже вложено, – порочный логический круг, из которого – вопреки всем давнишним разъяснениям – многие не могут выйти.

Клинические разборы – это живые конкретные примеры взаимодействия феноменологического и герменевтических методов, т.е. непредвзятого описания и адекватного истолкования.

Непредвзятое описание достигается посредством феноменологического метода, описанию техники которого посвящен 2-й том «Логических исследований» Э.Гуссерля. Это один из самых фундаментальных вкладов в культуру самого мышления, его научность и, тем самым, непреходящая, предваряющая и предопределяющая все прочее стадия любого научного исследования, направленная на редукцию субъективизма, психологизации как наиболее распространенной формы релятивизма. Введенный в психиатрию К.Ясперсом (1913, 1921) феноменологический метод парадигматически преобразил ее. На этой стадии описание больного и беседа с ним должны быть равномерно полными, без каких-либо эвристических сокращений и теоретических предпочтений, опираясь на характеристики и метафоры естественного языка, а не индуктивные категории. На момент описания табуируются все «измы»... Этой сложной технике мыслительных процедур и посвящен феноменологический метод. Овладение им требует специального тренинга, опыта. Профессия психиатра приводит к этому стихийным образом. Фактически речь идет о формировании профессиональной интуиции, т.е. усмотрении «непосредственно данного».

Итак, речь идет о непредвзятом и, по возможности, полном описании спонтанного поведения больного в разное время, в разных ситуациях, с разными людьми, в том числе со своим врачом, и взаимодействия с ним в ходе общения и беседы. Беседы как способа установления неформальной коммуникации с больным, а не простого получения информации. Достижение неформальных отношений качественно повышает информативность.

Но искусство беседы состоит не только в извлечении максимально разнообразной информации, вербальной и невербальной, в отношении широкого круга тем, нейтральных и аффективно высоко значимых, связанных с собственным состоянием и с окружающим миром, что позволяет воссоздать внутренний микрокосмос больного, особенности системы его значений и установок.

Искусство беседы состоит в умении получить адекватную информацию ненаправленной манерой задавания вопросов, т.е. не навязывающей больному собственный преждевременно избранный стереотип. Некорректные вопросы – те, которые сами задают направление. Это так называемые провокационные вопросы, которые правомерны «по кругу» опроса и осмыслены врачом как провокационные, ими нетрудно подтвердить любые собственные концепции, даже фантастические. Это типовая ошибка. Поэтому следует ограничиваться вопросами: «А что это такое?», «А как Вы это понимаете?», «А как это возможно?» Это ненаправленный прессинг вопрошания.

Описание может осуществляться в великом множестве аспектов.

Клинические разборы – бесконечная школа усовершенствования различных клиничко-психопатологических навыков. Возможности этого усовершенствования беспредельны по разнообразию и утонченности в каждом направлении.

Постановка психиатрического диагноза представляет собой процедуру квалификации конкретного индивида на основе «диалога» понимания и объяснения его поведения и жалоб в терминах принятой систематики, т.е. на основе герменевтического и причинно-следственного подходов.

Герменевтический подход – это попытка понимания психопатологических расстройств из контекста других характеристик, а затем последовательного введения во все более объемлющие контексты, в частности выводимость отклонений из личности в ее конкретной ситуации либо из целей и ценностей личности.

Причинно-следственный подход заключается в проверке наличия корреляционной или причинной связи психопатологических отклонений с соматоневрологическими расстройствами и различными экзогенными и психогенными факторами.

Полный диагноз не ограничивается нозологической квалификацией, но, помимо более дифференцированного определения синдрома, типа течения, наличия и характера прогрессивности, предполагает, кроме диагноза болезни, диагноз патологии, т.е. прежде всего преморбидных особенностей личности.

Необходимы также развернутый соматоневрологический диагноз и квалификация динамики социального статуса (личного, семейного, профессионального, экономического, общественного). Наконец, важна диагностика компенсаторных возможностей организма и личности.

Важно отметить, что нозологический диагноз остается венцом устремлений клиницистов. Квалификация по МКБ-10 преследует преимущественно цели единой международной статистики.

С 1996 г. – уже 20 лет – под эгидой Независимой психиатрической ассоциации (НПА) России была возобновлена давняя традиция отечественной психиатрии – проведение открытых клинических разборов. Они ежемесячно проводятся на базе старейшей в Москве Преображенской психиатрической больницы им. В.А.Гиляровского. Больницы, с которой началась пинелевская реформа в России, где приступил к своей профессиональной деятельности С.С.Корсаков, которая сама оказалась «репрессированной» в 1952 г., став из №1 – №3, а спустя 40 лет стала юридическим адресом НПА России. Участники разборов – врачи психиатрических больниц, преподаватели кафедр психиатрии медицинских вузов и кафедр усовершенствования врачей, их стажеры из разных городов страны, ординаторы, субординаторы, студенты медицинских вузов и психологических факультетов.

В неформальной обстановке живого профессионального общения осуществляется главная цель клинического разбора – на примере конкретного случая, так сказать, у постели больного, представить и обсудить пациента, основываясь, прежде всего, на феноменологическом подходе, а не приверженности той или иной клинической школе и классификации.

Поскольку публикация фонограмм клинических разборов не вошла в практику ни отечественных журналов, ни каких-либо других изданий, «Независимый психиатрический журнал» начиная с 1996 г. регулярно помещает на своих страницах, сразу после «Актуальных проблем психиатрии», наиболее интересные из клинических разборов. Читатель может как бы присутствовать на семинаре и участвовать в осмотре больного и дискуссии. Понятно, что на клинические разборы врачи больницы стараются вынести наиболее проблемные случаи, требующие дифференциальной диагностики. Поэтому в условных названиях публикуемых клинических разборов часто присутствует вопрос. Он предлагает читателю самому включиться в дискуссию, согласиться или не согласиться с мнением дискутантов, в том числе и с мнением ведущего. Рубрифицированное и отредактированное проф. А.Г.Гофманом собрание избранных разборов представляется теперь коллегам, прежде всего, молодежи, для обучения, достижения консенсуса по многим вопросам либо полемики – для опытных психиатров.

В представленных здесь разборах читатель найдет, прежде всего, примеры системного оперирования множеством клинико-психопатологических данных, их адекватной квалификации на семиотическом, синдромологическом и нозологическом уровнях и обоснования адекватной терапии. В ряде случаев обсуждаются социально-реабилитационные, правовые и этические проблемы.

Разнообразие ведущих позволяет существенно расширить представление о диапазоне индивидуальных манер и возможностей, которые они представляют. В первом выпуске клинических разборов 1996–2006 гг., наряду с основным ведущим Александром Юрьевичем Магалифом, в этой роли выступали проф. Александр Генрихович Гофман, Николай Георгиевич Шумский, Юрий Иосифович Полишук, Владимир Григорьевич Ротштейн, Сергей Юрьевич Циркин. В настоящем втором томе собраны разборы 2006–2015 гг. Ведущим разборов с 2011 г. был проф. Владимир Вениаминович Калинин.

Наряду с ним разборы проводили проф. Александр Генрихович Гофман, Александр Сергеевич Тиганов, Валерий Николаевич Краснов, Александр Юрьевич Магалиф, Юрий Иосифович Полищук, Алла Сергеевна Аведисова, Марк Евгеньевич Бурно, Алексей Евгеньевич Бобров, Борис Дмитриевич Цыганков, Ярослав Богданович Калын, Виктор Гаврилович Остроглазов.

В их разборах незримо присутствуют их учителя. Тем самым основополагающая традиция отечественной психиатрии – традиция тонкого клиницизма – оказалась сохранена для нового поколения.

За это время обновился коллектив больницы, пришел новый главный врач: Ларису Степановну Ларину сменил проф. Георгий Петрович Костюк, приехавший из Санкт-Петербурга. Новым в клинических разборах стало участие иногородней профессуры. Так, один из разборов в отношении основной смены пола у квинтранссексуала провел проф. Александр Олимпиевич Бухановский, а другой разбор – специально прилетевший из Барнаула проф. Борис Николаевич Пивень, ведущий специалист по проблеме коморбидности. Проф. Виктор Александрович Солдаткин из Ростова-на-Дону прислал несколько разборов по тематике, на которой специализируется Ростовская клиника; начали приезжать и активно участвовать в них коллеги из других, даже дальних городов. Несколько разборов было проведено на базе других психиатрических больниц, что позволило существенно разнообразить аудиторию и выступавших. В качестве врачей-докладчиков начали выступать врачи психоневрологических диспансеров, и, таким образом, появилась возможность заслушивать как врачей, которые вели больных в стационаре, так и наблюдавших их в диспансере.

Современные возможности аудио- и видеозаписи открывают перспективу для феноменологических описаний и обоснованных квалификаций, о которых раньше можно было только мечтать. Так, новые технические возможности создания учебных фильмов позволяют существенно продвинуться на пути феноменологических тренингов и, таким образом, минимизировать тот недопустимый разброс, даже на уровне квалификации отдельных феноменов, который еще нередок в клинической психиатрии.

Итак, клинические разборы – это исходная и ключевая фаза профессиональной деятельности, которая не стареет и, помимо своей непосредственной ценности в разных аспектах, содержит отпечаток стиля клинического мышления и общего менталитета конкретной профессиональной среды. Поэтому представленные здесь клинические разборы – это огромный пласт ценнейшего эмпирического материала, открытый анализу во всевозможных направлениях, и в то же время конкретные клинические иллюстрации в процессе их кристаллизации по значительной части курса психиатрии. По инициативе кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета публикуемые в «Независимом психиатрическом журнале» клинические разборы с успехом используются в процессе обучения студентов, служат школой профессионализма.

*Президент НПА России
Ю.С.Савенко*

1. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

1.1. Клинический разбор в контексте судебно-психиатрического заключения

О.А.Бухановская, А.О.Бухановский, А.А.Кашин (Ростов-на-Дону)

ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» (ЛРНЦ) в Ростове-на-Дону с 1991 г. в полном объеме оказывает психиатрическую и наркологическую помощь. Одним из видов деятельности центра с самого начала работы являлась защита лиц, так или иначе попавших в сферу деятельности психиатрии. До 1996 г. центр имел еще и лицензию на судебно-психиатрическую деятельность.

ЛРНЦ поручалась, как правило, повторная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) по уголовным и гражданским делам в тех случаях, когда заключения экспертов вызвали сомнения у суда или следствия, или по ходатайствам участников гражданских процессов, особенно тогда, когда:

- уголовные дела возбуждались по тяжелым и особо тяжелым деяниям, а в государственных экспертных учреждениях лица, которым инкриминировались эти деяния, признавались страдающими тяжелыми психическими расстройствами, в силу которых они не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими;*
- заключения судебно-психиатрической экспертной комиссии (СПЭК) в гражданских делах опротестовывались участниками процесса.*

Во многих случаях заключения, выносимые СПЭК ЛРНЦ, оказывались диаметрально противоположными заключениям государственных экспертных учреждений, устанавливался диагноз «симуляция». В подавляющем числе случаев именно заключения ЛРНЦ ложились в основу вынесения судебных решений и приговоров. Нередко это влекло за собой агрессию в отношении ЛРНЦ (разрушение его собственности, поджоги и т.п., нападения на сотрудников, разрушения их собственности (автомобилей), поджоги жилищ). Только за последние 5 лет по этим фактам возбуждались 8 уголовных дел. К сожалению, ни одно из них не было раскрыто. В других случаях, и тоже часто, недовольная сторона, не получив необходимых ей результатов при кассациях, порой уже после вступления в силу приговоров

и решений суда пыталась дискредитировать ЛРНЦ или его заключения путем многочисленных жалоб и заявлений о нарушении ЛРНЦ требований законов, кодексов, о его противозаконной деятельности, требовала отзыва лицензии и официального признания его деятельности незаконной. Эти бумаги направлялись в многочисленные ведомства и инстанции по линии здравоохранения (до Минздрава), Росздравконтроля, суда (вплоть до Верховного), прокуратуры (до Генеральной), МВД, ФСБ и т.п. Многочисленные комиссии, дознания и т.п. ни разу за эти годы ничего непрофессионального или незаконного в деятельности ЛРНЦ, в том числе судебно-психиатрической, не нашли.

После принятия Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности» от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ, будучи лишенным возможности проводить судебно-психиатрическую деятельность, ЛРНЦ изменил формы оказания помощи в ситуациях, связанных с судом.

Один случай из практики ЛРНЦ «Феникс» представляется на суд психиатров.

Гражданка Ш. 1938 года рождения 01.10.2009 г. добровольно обратилась на амбулаторный прием. Ее сопровождала дочь. Гражданка Ш. проживает совместно с дочкой, зятем и внуком в частном доме, принадлежащем ей по праву собственности в порядке наследования от умершего мужа.

В 2008 г. Ш. предложила дочери и сыну принять в дар свое домовладение с условием пожизненного ухода за ней. Сын не проявил инициативы, и она решила передать свое домовладение в дар дочери. В процессе оформления дарственной внучка (дочь сына) заявила иск о признании гражданки Ш. недееспособной. Суд, не поставив в известность ни саму Ш., ни ее дочь, с которой она проживает, назначил по делу амбулаторную СПЭ. После этого в один из дней внучка (со слов Ш. и ее дочери) обманным путем, под предлогом проведения флюорографии, привезла Ш. в другой город, к «какому-то зданию». Из здания вышел «какой-то» мужчина (Ш. слепая на оба глаза), который представился врачом и, подсев к ней в машину (у Ш. в результате гангрены ампутирована правая нога на уровне нижней трети бедра), задал несколько вопросов. После этого ее отвезли в город по месту проживания, где сделали флюорограмму. В последующем состоялось судебное заседание (21.01.2009 г.), о котором Ш. не уведомляли и на котором на основании заключения экспертов суд признал ее недееспособной, а опекуном в последующем была назначена внучка. Следующим был иск о признании недееспособной доверенности, выданной Ш. близкому ей человеку на право оформления от ее имени акта дарения. Была назначена амбулаторная СПЭ, которая не смогла решить экспертные вопросы, и Ш. была направлена на стационарную СПЭ, в связи с чем госпитализирована в стационар. Заключение стационарной СПЭ на момент обращения Ш. в ЛРНЦ не было. Гражданка Ш. обратилась с просьбой о тщательном обследовании и ответе на вопрос, страдает ли она каким-либо психическим расстройством, и если да, то каким.

3.7. Все еще неистребимый крен в сторону психологизации

Семинар ведет А.Ю.Магалиф, врач-докладчик В.Ю.Кузнецова

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется история болезни пациентки А., 1969 года рождения. Поступила в больницу №3 им. В.А.Гиляровского 10 января 2006 г. впервые. Переведена из Городской клинической больницы №33.

Анамнез. В семье психически больных не было. Родилась в Москве, единственный ребенок в семье. Родители разошлись, когда пациентке было около 2 лет. После развода отец больной с семьей не общается, имеет другую семью. Мать больной по характеру спокойная, малообщительная, скрытная. Умерла 3 декабря 2005 г. от сердечного приступа. По словам дяди (брата матери), до 6 лет была упрямой, веселой, подвижной девочкой, затем стала эмоционально холодной, малообщительной, но всегда была очень привязана к матери. Больная помнит себя с 3–4 лет. С 4 лет посещала детский сад. В школе с 7 лет. Училась хорошо, на «4» и «5». Нравилась математика, история, литература. Любила читать, увлекалась рисованием (рисовала портреты), ходила в бассейн. Отношения с одноклассниками были ровные, поверхностные, близких друзей не имела. Больная отмечает, что в школьном возрасте настроение всегда было ровным, хорошим, считала себя оптимисткой. Месячные с 13 лет, по 5 дней, регулярные, болезненные в первый день. В детстве ничем серьезным не болела, травм головы, операций не было. В возрасте 11 лет больная крестилась, будучи в гостях в Молдавии. Ее крестной стала подруга матери. В целом подростковый возраст прошел спокойно. Когда пациентке было 12 лет, тяжело заболела мать: у нее обнаружили опухоль на шее, которая постепенно увеличивалась, а затем присоединились бронхиальная астма, гипертония, тахикардия. Позднее, став взрослой, больная решила посвятить свою жизнь матери, заботе о ней.

Закончила 10 классов английской спецшколы. В этот же год поступила в Московский авиационно-технологический институт. Считает, что период обучения в институте был самым хорошим, самым радостным, самым благоприятным периодом всей ее жизни. Училась хорошо, была старостой группы, практически с 1-го курса занялась научной работой. Отношения с однокурсниками были хорошие. За ней ухаживали молодые люди, она влюблялась, но неудачно. Серьезных отношений ни с кем не сложилось, но не переживала, считала, что у нее все впереди. Окончила институт по специальности «инженер-технолог самолетостроения» и поступила в аспирантуру, писала кандидатскую диссертацию. Защитить ее не смогла, так как за практическую часть диссертации нужно было заплатить большую сумму денег, которой семья не имела. Окончив учебу в аспирантуре, осталась на кафедре ассистентом, читала лекции по темам: «Неразрушающие методы контроля» и «Социальная психология делового общения». Семья

больной (мать и бабушка) жила замкнуто, дружно. Иногда их навещал брат матери.

В 1997 г. больная уволилась из института, так как сократили полставки ассистента кафедры, и зарплата стала очень маленькой. После этого работала в малотиражной газете по договору внештатным сотрудником, брала интервью и писала статьи. Проработала в газете три года, и газета закрылась. Зимой 1999 г. больная окончила курсы дизайнеров и получила диплом дизайнера интерьеров, но на работу по этой специальности не устроилась. Самостоятельно научилась технике рисования по стеклу и стала выполнять работы на продажу (в основном это были пейзажи или букеты цветов).

Со слов дяди, весной 2005 г. подруга ее матери, у которой был тяжело болен муж, рассказала нашей пациентке, что она продлила жизнь своему мужу еще на 5 лет жизни. После этих слов больная решила, что эта женщина «сделала заговор», отняв эти 5 лет у их семьи, и, наверное, они должны все скоро умереть. Тогда же, в апреле, пациентка изменила имя: с Натальи Геннадьевны на Алису-Аниту Геннадьевну. 7 июня 2005 г. внезапно от сердечного приступа умер ее дед. Больная тяжело переживала его смерть, и у нее впервые возникло длительное снижение настроения, нарушение сна. С целью наладить сон больная стала периодически принимать феназепам (по 1–2 таблетки). Вместе с тем она утвердилась в мысли о том, что на семью действительно навели «порчу» и что дед умер первым как самый старый и слабый. В июле 2005 г. больная вновь поменяла имя и отчество и стала Алисой-Анитой-Дианой Васильевной (отчество взяла по имени умершего деда). Затем больная уговорила и мать поменять имя, добавив к Людмиле Калисту и Диану. После смерти бабушки мать больной стала хуже себя чувствовать, и пациентка очень волновалась, плохо спала ночами, периодически принимала феназепам и корвалол.

Осенью 2005 г. больная в течение полутора месяцев училась на компьютерных курсах, получила диплом уверенного пользователя, строила планы по поводу устройства на постоянную работу.

3 декабря 2005 г. скоропостижно умерла мать больной. Чтобы успокоиться, приняла несколько таблеток феназепама и корвалол, после чего, с ее слов, находилась в неадекватном состоянии: шаткость походки, заплетался язык, не могла полностью отдавать отчет в том, что происходит вокруг. Пока дядя договаривался о похоронах, пошла в ванную и там с суицидальной целью лезвием нанесла себе порезы на левом предплечье. Кровь быстро остановилась, дядя обнаружил больную и перевязал руку, к врачам не обращались. После похорон матери больная стала отмечать у себя приступы учащенного сердцебиения. Боялась того, что может умереть от сердечного приступа, как дед или мать. В связи с этим обратилась к кардиологу, который рекомендовал прием корвалола. В этот же период испытывала тоску, грусть, чувство оцепенения, апатию, тревожность за свою дальнейшую жизнь, одиночество. С трудом засыпала и рано просыпалась, снизился аппетит. Часто высказывала суицидальные мысли, говорила, что тоже должна умереть, так как она обещала матери, что без нее жить не будет. На уговоры